الجمهورية العربية السورية

جامعة دمشق كلية الطب

قسم الجراحة

التدبير الجراحي لاختلاطات القرحة المعدية و العفجية

Surgical management of gastroduodenal ulcer complications

بحث علمي أعد لنيل شهادة الدراسات العليا الماجستير في الجراحة العامة

إعداد الدكتور عصام خليل

إشراف الأستاذ المساعد الدكتور

حمود نصر

برئاسة الأستاذ الدكتور

مروان موسى

٢٠٠٩

الفهرس

الدراسة النظرية

الدراسة العملية

- هدف البحث (مواد الدراسة – خطة البحث – النتائج و المقارنة و التوصيات)
- التوزع حسب الجنس و العمر
- نمط الإختلاط (انثقاب – نزف – انسداد)
- الشكاية الرئيسية (التظاهر البدئي للإختلاط)
- قصة قرحية سابقة
- المؤهبات (التدخين – ال NSAID)
- الإستقصاءات
- الجراحة المستخدمة
- المداخلة عبر تنظير البطن
- الإختلاطات و الوفيات
- المناقشة (الإستنتاج – التوصيات – المراجع)

لمحة تاريخية عن جراحة المعدة(م I)

معرفة و جود القرحة المعدية تمت من قبل DICOLS من CARYSTOS لأول مرة ٣٥٠ قبل الميلاد وقد وصف MARCILLUS DONATUS من MONTNA لأول مرة القرحة المعدية لدى فتح الجثة في عام ١٥٨٦ ميلادية . و قد وصف MURALTO القرحة العفجية لدى فتح الجثة بتاريخ ١٦٨٨ . في عام ١٧٣٧ وصف MORGANI القرحة المعدية العفجية لدى فتح الجثة . في عام ١٩٧٥ميلادية وصف علماء الآثار قرحة قبيل البواب مثقوبة كسبب موت جثة صينية محفوظة جيداً منذ عام ١٦٧ قبل الميلاد بين ١٦٠٠ – ١٧٠٠ ميلادية قامت هناك تقارير عديدة عن جراحين أجروا فتح معدة لإزالة أجسام أجنبية معظمها سكاكين و العديد من أولئك المرضى قد شفوا . م(٢ و ٣)

في ١٨٧٥ أول عملية تفميم معدة ناجحة لأجل التغذية من قبل SIDNEY JONES في لندن منذ ذلك الوقت تطورت تقنيات عديدة لتفميم المعدة بعضها مستخدم حتى اليوم مثل ويتزل WITZEL 1891 و STAMM 1894 و JANEWAY 1913 .

و من المدهش أن استئصال المعدة تم إجراؤه قبل تصنيع البواب و قبل إجراء المفاغرات المعدية الصائمية .

في عام ١٨٧٩ ميلادية كانت أول عملية استئصال معدة بعيد مع مفاغرة معدية عفجية لكنها كانت غير ناجحة .

بيليروث كان أول من أجرى استئصال معدة بعيد بشكل ناجح مع مفاغرة معدية عفجية B1 بقطب متفرقة من حرير لكن المريض توفي بعد اربعة أشهر . على الرغم من أن بيليروث قد فاغر العفج على الإنحناء الصغير للمعدة في البداية لكن في النهاية قد فضل المفاغرة على الإنحناء الكبير للمعدة . م(٣)

في عام ١٨٨١ ميلادية أحد تلامذة بيليروث وهو ANTON WOFFER أجرى مفاغرة معدية مع عروة صائمية لتلطيف ورم معدة بعيد

في عام ١٨٨٥ ميلادية بيليروث أجرى عملية B2 استئصال معدة بعيد ناجحة مع مفاغرة معدية صائمية

في عام ١٨٨٨ ميلادية أجرى ميكو ليكس أول تصنيع بواب والمعروف باسمه وهو أحد تلامذة بيليروث

في عام ١٨٩٢ وصف JABOULAY مفاغرة معدية عفجية مع بقاء البواب سليم و التي تعرف اليوم بتصنيع البواب حسب JABOULAY

في العقود الأولى من القرن ١٩ وصف HABERER و FINSTERER استئصال معدة تحت التام كعملية أفضل للقرحة من المفاغرة المعدية الصائمية

في عام ١٩٤٣ ميلادية وصف DROGSTEDT و OMEN قطع المبهم الجذعي عبر الصدر لعلاج القرحة الهضمية

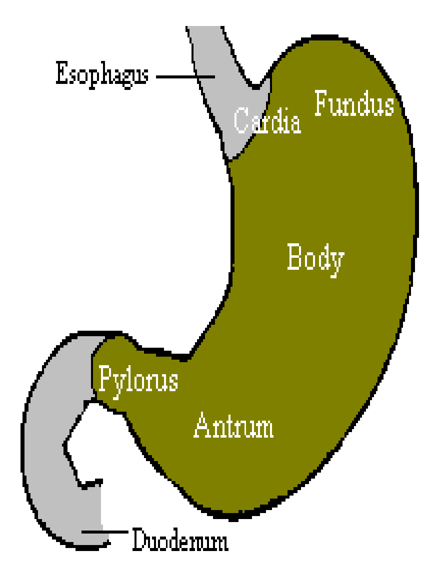
قطع المبهم واستئصال الغار وصفت في العام ١٩٥٣ ميلادية من قبل EDMARDS و HERRINGTON .

في العام ١٩٥٧ ميلادية وصف GRIFFITH و HERKINS قطع المبهم فائق الإنتقاء (قطع تعصيب الخلايا الجدارية) كعلاج للقرحة الهضمية م (٤ و ٣) .

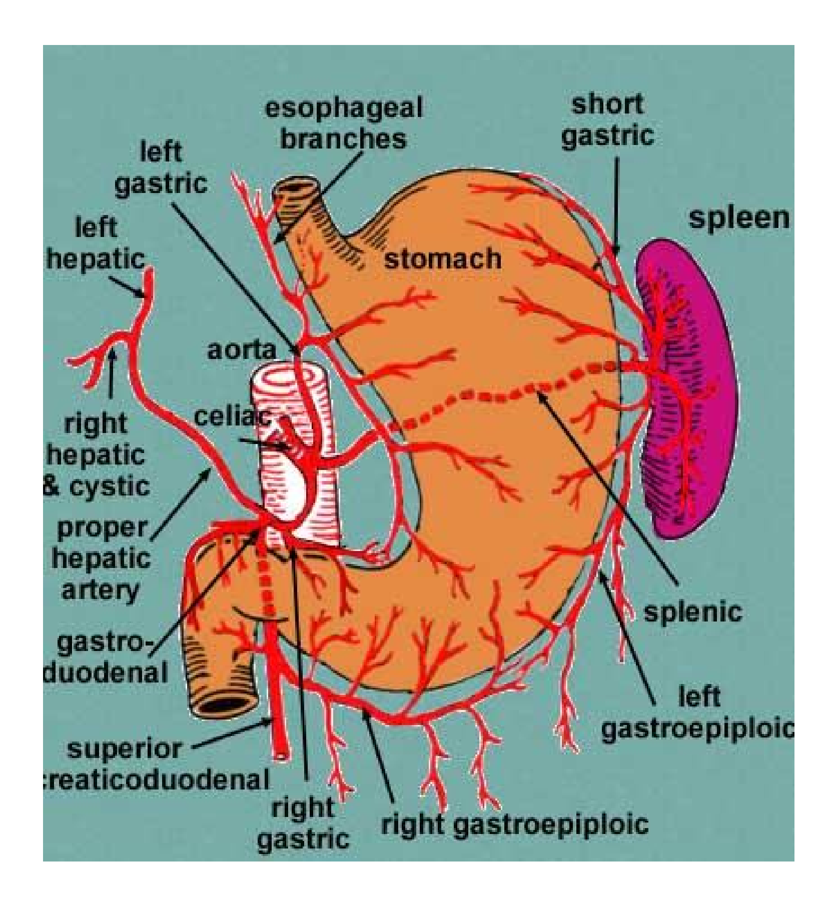


لمحة جنينية (م ٢)j: تنشأ المعدة من الوريقة الجنينية الباطنة في الأسبوع الخامس للحمل . حيث تكون عبارة عن توسع في الأنبوب الجنيني للمعي الأمامي وتأخذ شكلها النهائي في نهاية الأسبوع السابع عبر نزول ودوران و توسع تدريجي غير متناظر حيث يحدث تطاول للإنحناء الكبير مقارنة بالإنحناء الصغير

التشريح (م ٢-٣) h: للمعدة شكل الإجاصة وهو العضو البطني الأقرب من الجهاز الهضمي ، يدعى القسم المرتبط بالمري الفؤاد ويليه مباشرة من جهة المري منطقة الوصل المعدي المريئي GEJ وهو غير مميز تشريحياً لكنه واضح فيزيولوجياً حيث يقوم بدور مصرة مريئية سفلية (LES) ، في النهاية البعيدة للمعدة تقوم مصرة البواب بدور الوصل بين المعدة و العفج و المعدة تعتبر مثبتة عند هاتين النقطتين (الفؤاد – البواب) فقط.



القاع FUNDUS هو القسم الأعلى من المعدة وهو قابل للتمدد يقع تحت الحجاب ويجاور الطحال وحشياً تقع زاوية HIS بين القاع و الوصل المعدي المريئي في الجهة اليسرى .
الحدود السفلية للقاع هي المستوى الأفقي الذي يمر عبر GEJ حيث من هنا يبدأ جسم المعدة الذي يحده بالجهة اليمنى الإنحناء الصغير الذي هو نسبياً مستقيم ، ويحده من الجهة اليسرى الإنحناء الكبير .
يبدأ الغار مباشرة عند الثلمة الزاوية angularis incisura حيث يدور الإنحناء الصغير فجأة بإتجاه الأيمن و بشكل أفقي .
يمثل الغار حوالي ٢٥- ٣٠ % من المعدة .
الأعضاء المتاخمة للمعدة هي الكبد بفصه الأيسر وزاوية الكولون المعترض و الطحال و البنكرياس و أحياناً الكلية اليسرى.
الشدفة الوحشية اليسرى (القطعتين الثانية و الثالثة للكبد) تجاور و تغطي قسم كبير من الوجه الأمامي للمعدة . سفلياً ترتبط المعدة إلى الكولون المعترض عبر الثرب المعدي الكولوني . ويرتبط الإنحناء الصغير للمعدة إلى الكبد عبر الرباط المعدي الكبدي (الثرب الصغير) و خلف المعدة يقع الكيس الصغير و البنكرياس .



التروية الدموية و النزح الوريدي : تعتبر المعدة الجزء الأكثر تروية في الأنبوب الهضمي ، الغالبية العظمى من تروية المعدة تأتي من الجزع الزلاقي عبر أربعة شرايين هي الشريانان المعديان الأيمن و الأيسر الذين يشكلان قوس شريانية تفاغرية بينهما على طول الإنحناء الصغير للمعدة ، و الشريانان المعديان الثربيان الأيمن و الأيسر الذين يشكلان قوس تفاغرية على طول الإنحناء الكبير للمعدة ولكن الشريان الأكبر و الأهم هو الشريان المعدي الأيسر الذي ينشأ مباشرة من الجذع الزلاقي و يتفرع إلى فرع صاعد و نازل على طول الإنحناء الصغير للمعدة .

في ١٥% من الحالات يعطي الشريان المعدي الأيسر وعاء شاذ aberrant يمر بالرباط الكبدي المعدي إلى الجهة اليسرى للكبد و نادراً ما يكون هذا الفرع هو الشريانية الوحيدة للقسم الأيسر للكبد عندها فإن ربط هذا الوعاء قد يؤدي لنقص تروية كبدية هامة سريرياً (م١٣).

الشريان الثاني بالأهمية هو الشريان المعدي الثربي الأيمن فرع الشريان المعدي العفجي الذي يمر خلف القطعة الأولى للعفج ، ينشأ الشريان المعدي الثربي الأيسر من الشريان الطحالي وهو يشكل قوس شريانية مع الشريان المعدي الثربي الأيمن ، ينشأ الشريان المعدي الأيمن من الشريان الكبدي المشترك قرب البواب ضمن الرباط العفجي الكبدي .

في قاع المعدة وعلى طول الإنحناء القريب للإنحناء الكبير تغذي الأوعية المعدية القصيرة القاع بدلاً من الشريان الطحالي وقد توجد أيضاً فروع وعائية من الدوران الحجابي بإتجاه المعدة القريبة .

النزحالوريدي المعدي غالباً يرافق الشرايين . الوريد الأكليلي (المعدي الأيسر) و الأوردة المعدية اليمنى تصب في وريد الباب لكن أحياناً ينزح الوريد الإكليلي نحو الوريد الطحالي .

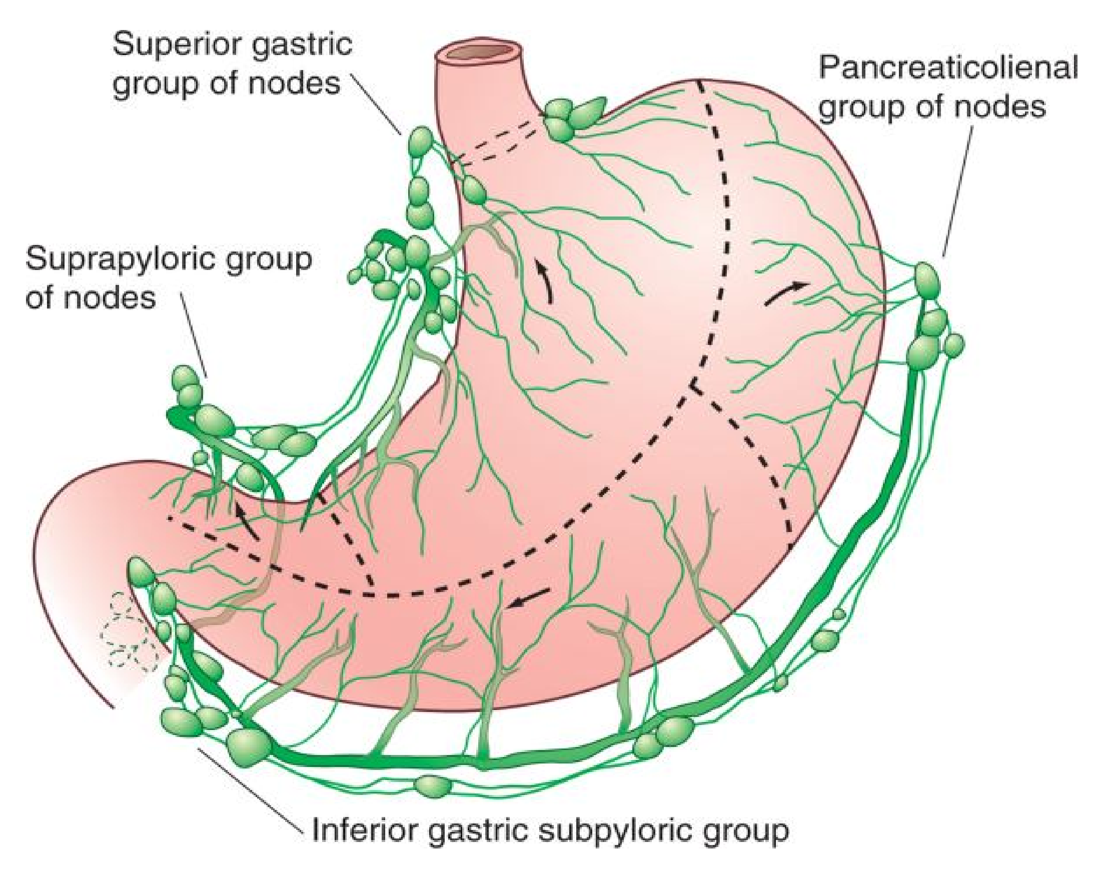
إن غنى التروية الدموية للمعدة و التفاغرات بين أوعيتها لها نتائج سريرية هامة وهي :

١- أن تسحج وعاء دموي كبير بفعل قرحة معدية قد يسبب نزف يهدد الحياة أحيانا

٢- بسبب الإتصالات الوريدية الغنية فإن الشنت البعيد بين الوريد الطحالي و الكلوي الأيسر الذي يربط النهاية المقطوعة للوريد الطحالي إلى جانب الوريد الكلوي الأيسر يمكن له بشكل فعال أن يحقق الضغط بالدوالي المريئية المعدية عند فرط ارتفاع التوتر بوريد الباب

٣- يمكن عند الضرورة ربط وعائين من الشرايين المعدية الأربعة المذكورة ، ودون مشاكل هامة في التروية الدموية المعدية و هذا يجري بشكل روتيني عندما يتم تحريك المعدة في عمليات استبدال المري

النزح اللمفاوي م(٣) h : عموماً الأوعية اللمفاوية المعدية تتبع الأوعية الدموية
ينزح الفؤاد و النصف القريب للجسم المعدي إلى العقد على طول الشريان المعدي الأيسر و الجذع الزلاقي
أما عقد الإنحناء الصغير لمنطقة الغار فإنها تنزح إلى عقد البواب وعقد حول الشريان المعدي الأيمن
إن القسم البعيد للمعدة من جهة الإنحناء الكبير تنزح على طول سلسلة العقد المعدية الثربية اليمنى بينما القسم القريب للمعدة من جهة الإنحناء الصغير تنزح على طول العقد حول الأوعية المعدية الثربية اليسرى و سرة الطحال
إن عقد الإنحنائين الصغير و الكبير تنزح بالمحصلة إلى العقد الزلاقية و هناك شبكات تفاغرية غزيرة بين الأوعية اللمفاوية للمعدة لذلك فإن ورم القسم البعيد للمعدة قد يعطي نقائل عقدية إلى عقد سرة الطحال
إن التجريف العقدي اللمفاوي يعتبر من قبل العديدين خاصة في آسيا وبعض مراكز أمريكا جزء هام من عملية إزالة الورم المعدي م ١١
لقد أعطى الجراحون و المشرحون المرضيون أرقاماً لمجموعات العقد اللمفاوية البدئية و الثانوية التي تنزح المعدة إليها
فيما يلي ترتيب هذه العقد:



١- عقد أيمن الفؤاد

٢- عقد أيسر الفؤاد

٣ - عقد الإنحناء الصغير

٤- عقد الإنحناء الكبير

٥- عقد فوق البواب

٦- عقد تحت البواب

٧- عقد حول الشريان المعدي الأيسر

٨- عقد حول الشريان الكبدي

٩- عقد حول الجذع الزلاقي

١٠- عقد سرة الطحال

١١- عقد حول مسير الشريان الطحالي

١٢- عقد سرة الكبد

حيث تصنف إلى مستويات :

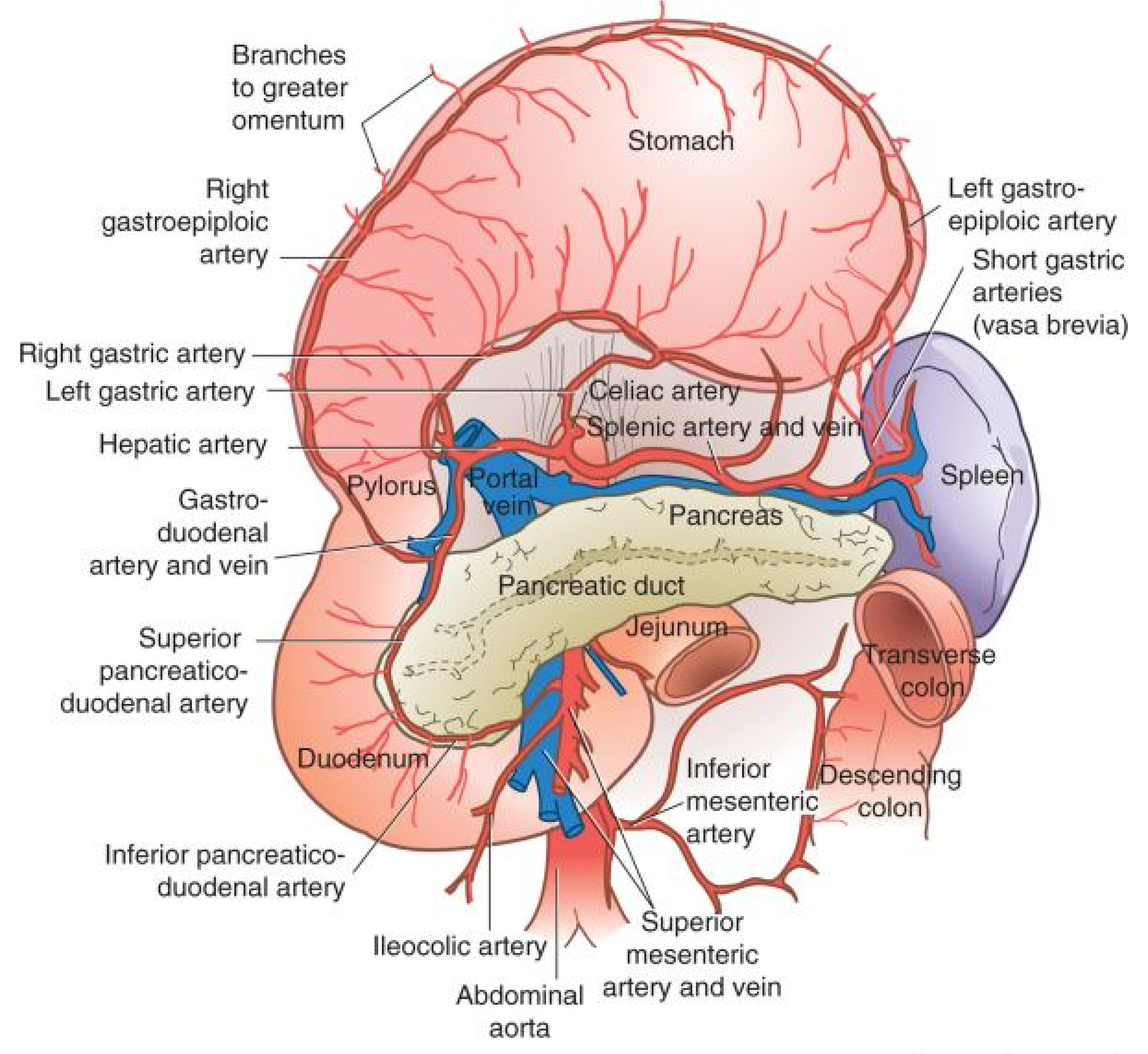
N1 ويضم العقد ٣-٤-٥-٦

N2 ويضم العقد ١-٢-٧-٨-١١

N3 ويضم العقد ٩-١٠-١٢

التعصيب م (٣ h):

إن التعصيب المعدي (داخلي و خارجي) له دور هام في الوظيفة الإفرازية و الحركية للمعدة .
يزود المبهم عبر فروعه تعصيب خارجي نظير ودي للمعدة حيث تجتمع فروع المبهم ثانية فوق الفوهة الحجابية و تشكل الجزء المبهمي الأيسر (الأمامي) و الأيمن (الخلفي)
قرب الوصل المعدي المريئي يعطي المبهم الأمامي فرعاً (أو عدة فروع أحياناً) إلى الكبد يسير ضمن الرباط الكبدي ثم يتابع المبهم على طول الإنحناء الصغير للمعدة أمامياً حيث يدعى عصب لاترجت Latarjet و بشكل مشابه فإن المبهم الخلفي (الأيمن) يعطي فرعاً مبهمياً إلى الضفيرة الزلاقية و يتابع على طول الإنحناء الصغير للمعدة خلفياً ينتهي عصب لاترجت عند الثلمة الزاوية بعد أن يكونوا قد أعطوا على طول الإنحناء الصغير و حتى الثلمة الزاوية فروعاً لتعصيب جسم المعدة ، عند الثلمة الزاوية ينتهيان فيما يدعى قدم الغراب مرسلين فروعاً إلى المنطقة الغارية البوابية
في ٥٠% من المرضى هناك أكثر من عصبين مبهمين عند الفوهة الحجابية
إن الفرع الذي يرسله المبهم الخلفي إلى قاع المعدة الخلفي يدعى العصب المجرم (Grassi) وهو ينشأ عادة فوق مستوى الفوهة الحجابية وعادة يغفل بسهولة أثناء قطع المبهم الجذعي أو فائق الإنتقاء
إن الألياف المبهمية الناشئة من الدماغ تتشابك مع العصبونات في ضفيرة أورباخ الموجودة بين الطبقات العضلية لجدار المعدة و ضفيرة مايستر الواقعة تحت المخاطية
عموماً اعتاد الأطباء على اعتبار الألياف المبهمية هي ألياف صادرة فقط (تحمل التنبيه إلى الأحشاء)
ولكن فإن ٧٥% من ألياف المبهمية هي ألياف واردة بمعنى أنها تحمل التنبيهات من الأحشاء نحو الدماغ
التعصيب الودي للمعدة ينشأ من المستويات T 5 و حتى T 10 ويسير عبر الأعصاب الحشوية إلى العقد الزلاقية
تغادر ألياف ما بعد المشبك من العقد الزلاقية إلى المعدة على طول الأوعية الدموية تشكل العصبونات في الضفائر العضلية و تحت المخاطية التعصيب الداخلي للمعدة
وظيفتها حتى الأن لا تزال غير مفهومة جيداً رغم أنها قد تكون أكثر غزارة من التعصيب الخارجي للمعدة
إن كلا التعصيبين الودي و نظير الودي إضافة للتعصيب الداخلي يملك العديد من النواقل العصبية المتنوعة كوليزجية و أدريزجية و ببتيدية (سوماتوستاتين – المادة P)



<u>التشريح العياني للعفج</u> (م ٢-٣-٤) h i : العفج هو القسم القريب من الأمعاء الدقيقة ، يقع خلف البريتوان بشكل ملاصق تماماً لرأس و الحافة السفلية للبنكرياس ، ينفصل عن المعدة بواسطة البواب وعن الصائم عند رباط ترايتز

يأخذ العفج معظم ترويته الدموية من فروع الجذع الزلاقي و الشريان المساريقي العلوي ، بينما يصب العود الوريدي بالوريد المساريقي العلوي ، ينزح اللمف من العفج عبر عقد تسير بشكل مساير للشرايين المغذية له وهي تنزح في النهاية عبر العقد المساريقية إلى الصهريج الكيلوسي ثم عبر القناة الصدرية إلى الوريد تحت الترقوة الأيسر

يشتق التعصيب الودي و نظير الودي للعفج من الأعصاب الحشوية ومن المبهم بالترتيب

القسم الأول للعفج يحافظ على مسا ريقا ظهرية و بطنيه لكن أثناء دوران الأمعاء فإن العروة العفجية تبقى مثبتة في الحيز خلف البريتوان لذلك فإن باقي العفج محروم من المسا ريقا الظهرية وبالتالي تفصله لفافة ترايتز وهي مستوى نسيجي غير موعى عن البنى المجاورة

عموماً يقسم العفج إلى أربعة قطع :

القطعة الأولى بطول ٥سم نصفها الأنسي متحرك ولكن النصف البعيد مثبت وهي تمر نحو الأعلى بدءاً من البواب وحتى عنق المرارة وهي متجاورة خلفياً مع القناة الجامعة و وريد الباب و الوريد الأجوف

السفلي و الشريان المعدي العفجي و تتجاور أمامياً مع الفص المربع للكبد وعلوياً مع الثقبة الثربية (وينسلو) وسفلياً مع رأس البنكرياس
إن الرباط العفجي الكبدي (جزء من الثرب الصغير) يتعلق إلى الحافة العلوية للعفج القطعة الأولى بينما يتعلق الثرب الكبير إلى الحافة السفلية للقطعة الأولى للعفج .
النصف البعيد للقطعة الأولى للعفج مغطى بالبريتوان مثبت أمامياً فقط

<u>القطعة الثانية للعفج (13) hp :</u>

وهي بطول ٧،٥ سم تمتد من عنق المرارة وحتى الحافة العلوية للفقرة القطنية الرابعة هذه القطعة العفجية تتصالب مع الكولون المعترض و مسا ريقا الكولون المعترض ، وهي تسير سفلياً بدءاً من عنق المرارة لتمر أمام سرة الكلية اليمنى و الحالب الأيمن و البسواس الكبرى وحافة الأجوف السفلي
بينما تجاور بالأمام الفص الكبدي الأيمن و الكولون المعترض و الصائم ، وعند نقطة منتصف القطعة الثانية للعفج خلفياً ، تصب القناة الجامعة و البنكرياس على الوجه الخلفي الأنسي لهذه القطعة
<u>القطعة الثالثة للعفج h</u> : وهي بطول ١٠سم وهي تمتد من الجهة اليمنى للفقرة القطنية الثالثة و الرابعة إلى الجانب الأيسر للأبهر تجاور خلفياً بالترتيب من الأيمن للأيسر الحالب و الأوعية القندية اليمنى ثم عضلة البسواس اليمنى و الأجوف السفلي و العمود القطني ثم الأبهر .
إن القسم العفجي الواقع تحت مستوى مساريقاالكولون المعترض مغطى أمامياً بواسطة البريتوان .
تعبر الأوعية المساريقية العلوية القطعة الثالثة للعفج مصالبة إياها لتمر خلف عنق البنكرياس
تجاور القطعة الثالثة للعفج علوياً رأس البنكرياس و الناتئ الشصي .
إن الشريان البنكرياسي العفجي السفلي يقع في الميزابة بين البنكرياس و العفج
<u>القطعة الرابعة للعفج h :</u>

وهي تمتد من الجانب الأيسر للأبهر علوياً حتى الحافة العلوية للفقرة القطنية الثانية L2 تتجاور هذه القطعة خلفياً مع الجذع الودي و عضلة البسواس و مع الأوعية القندية و الكلوية اليسرى يتعلق الوصل العفجي الصائمي بواسطة رباط ترايتز وهو بقايا المساريقا الظهرية التي تمتد من الزاوية العفجية الصائمية و حتى سويقة الحجاب الحاجز اليمنى
يمر القسم النهائي للقناة الجامعة عبر جدار العفج بطول ١،٥ سم كما تمر القناة البنكرياسية الأساسية عبر جدار العفج أسفل القناة الجامعة تتجاور القناتان جنباً إلى جنب حيث يكون لهما طبقة خارجية مشتركة (قميص خارجي مشترك) لعدة مليمترات و الحاجز بينهما يختصر إلى غشاء مخاطي قبيل التقائهما الفعلي
الحليمة العفجية الكبيرة : هي حليمة فاتر التي تشكل الحلمة الناتئة من مخاطية العفج و التي يمر عبرها القسم النهائي لمجل فاتر إلى العفج
تقع الحلمة العفجية الكبيرة على مسافة ٧-١٠ سم من البواب . أحياناً يكون تحديدها صعباً للغاية بسبب الطيات المخاطية ، إن مجل فاتر هو توسع مشترك لملتقى القناتين الجامعة و البنكرياسية الرئيسية ضمن الحليمة وفي حال تواجد حاجز بين القناتين ممتداً حتى لمعة العفج عندها يغيب المجل
لدى دراسة عينة من ٢٥٠٠ جثة أوضح Michele أن المجل (ملتقى القناتين)كان موجوداً في ٦٣ %من الحالات .

بالتعريف اعتبر Michele أن المجل موجوداً إذا كانت حافة الحاجز بين القناتين لا تصل إلى ذروة الحليمة وكانت القياسات الفعلية للمسافة بين حافة الحاجز بين القناتين و ذروة الحليمة في ٧٥ % من الحالات أصغر أو تساوي ٥ مليمتر (م١٧ ١٨).

ترويةالعفج م٣ h i :

إضافة لما ذكر سابقاً حول تروية العفج فإننا نذكر بالملاحظات التالية :

- إن أول ١سم من العفج يتلقى ترويته من الشريان المعدي الأيمن أيضاً
- يعطي الشريان المعدي العفجي فروع (الشريان فوق العفج – الشريان خلف العفج – الشريان البنكرياسي العفجي العلوي الخلفي) ثم ينزل بين القطعتين الأولى للعفج و رأس البنكرياس لينقسم إلى معثكلي عفجي سفلي أمامي علوي و معدي ثربي أيمن .

إن الوجه الخلفي للقطعة الأولى للعفج هو الأكثر تروية بين أقسام العفج مما يفسر بغض النظر عن نزف الشريان المعدي العفجي المتسحج الميزة النازفة لقرحات الوجه الخلفي للقطعة الأولى للعفج

- وريد مايو عبارة عن وريد تفاغري بين الأوردة فوق و تحت البواب وكان يعتبر علامة دالة على موقع البواب (الوريد ما قبل الباب ل مايو)لكن ليس دلالة ثابتة لموقع البواب .

أوضح Rantes في بداية القرن العشرين أن الأوعية اللمفية العفجية تمتلك دسامات بحيث أنها تسمح بمرور اللمف فقط بلإتجاه بنكرياس إلى العفج وليس العكس ولكن هذا لم يثبت بعد.م ١٦

القرحات المرافقة لجرثومة الملوية البوابية (م ١٥-١٧-١٦) k j :

تعتبر الملوية البوابية عامل مساعد هام لحدوث معظم القرحات العفجية و المعدية غير المترافقة مع استخدام NSIADS عموماً فإنه يقدر بأن واحد من كل ستة أشخاص مصابين بال HP سوف يطورون داء قرحي

إن انتشار ال HP في مرضى القرحات العفجية هو ٧٠ -٩٠ % م (١٦)

معظم مرضى القرحات العفجية المصابين ب HP لديهم إصابة مسيطرة بالغار و التي تترافق كما يعرف بتثبيط الخلايا D وبالتالي تخفيف التثبيط الذي يقوم به

السوماتوستاتين المفرز من الخلايا D على الخلايا G المفرزة للغاسترين مما يسبب زيادة إفراز الحمض المعدي ونقص إفراز البيكربونات من مخاطية العفج . و انه من المفترض أن زيادة التعرض للحمض قد تسبب وجود جزر من الحؤول المعدي في بصلة العفج وهذه الجزر تستعمرها ال HP وبالتالي قد تسبب التهاب عفج أو قرحة عفجية

إن ترافق HP مع قرحات المعدة هو أقل منه مع قرحات العفج لكن تصادف ال HP في غالبية المرضى الذين لا يستخدمون NSIADS

إن قرحات المعدة المترافقة مع ال HP تميل للتشكل عند الوصل بين جسم المعدة و الغار

معظم مرضى القرحات المعدية المصابين بال HP لديهم إصابة مسيطرة بال HP في منطقة جسم المعدة وهي تترافق بنقص في إفراز الحمض ويفترض بأن الخمج المزمن يتغلب على آليات الدفاع المخاطية المعدية م(١٥)

السير الطبيعي لداء القرحة الهضمية المترافق مع HP قد تم تحديده بشكل جيد وبغياب علاج بالصادات لإستئصال هذه العضويات الممرضة فإن ٨٥ % من المرضى سيحدث لديهم نكس تنظيري (مثبت بالتنظير الهضمي) خلال سنة واحدة ، نصفهم عرضيين. لكن بعد الإستئصال الناجح ل HP بالصادات فإن نكس القرحة ينخفض بشكل دراماتيكي إلى ٥-٢٠ % خلال السنة م (١٦) k

بعض حالات النكس هذه قد تكون ناجمة عن NSIADS أو إعادة الخمج ب HP

الملوية البوابية قادرة بشكل فريد على البقاء في معدة الشخص المضيف وأنها تمتلك أنزيم اليورياز و الذي يحول البولة إلى أمونيا و بيكربونات وبالتالي يخلق بيئة حول الجرثوم تدرأ الحمض المفرز من قبل المعدة . السلالات الطافرة من HP غير القادرة على إنتاج اليورياز لا تستطيع البقاء في المعدة . تعيش HP في الطبقة المخاطية على قمة سطح خلايا المعدة البشروية وبعضها يتعلق إلى هذه الخلايا، هناك آليات عديدة تستطيع ال HP من خلالها أن تسبب أذية المخاطية

أحد الأليات الأساسية تبدو في إحداث اضطراب بالإفراز الهضمي وهذا ناجم جزئياً عن التأثير المثبط ل HP على الخلايا D المفرزة للسوماتوستاتين و الذي هو مثبط قوي لخلايا G الغارية المفرزة للغاسترين تترافق HP مع نقص مستويات السوماتوستاتين و نقص إنتاج mRNA الخاص بالسوماتوستاتين و أيضاً مع نقص الخلايا D المفرزة للسوماتوستاتين هذه التأثيرات تتم على الأغلب القلاء الموضع الذي تحرضه HP في الغار (حيث أن تحميض الغار هو أقوى مثبط لإفراز الغاسترين)

اختبارات تحري HP م (١٧)

العديد من الإختبارات يمكن أن تساعد لتحديد فيما إذا كان لدى المريض خمج فعال ب ال HP وإن القيمة التنبؤية لأي من هذه الإختبارات عندما تستخدم كأدوات مسح تعتمد على انتشار ال HP في الجمهور المفحوص

إن الإختبار المصلي الإيجابي هو دليل افتراضي على الخمج الفعال إذا لم يكن المريض قد عولج لأجل HP إن الفحص النسيجي لخزعة مخاطية من الغار بإستخدام ملونات معينة يعتبر معياراً ذهبياً

اختبارات أخرى حساسة تتضمن اختبار اليورياز السريع و التي تقيم وجود اليورياز في خزعات المخاطية (دليل افتراضي قوي على الإصابة) إن اليورياز هو أنزيم موجود بكل سلالات ال HP ويستعمر مخاطية المعدة .

إن اختبار الكربون الموسوم في النفس أصبح متوفر حديثاً

وقد أصبح الإختبار المعياري لإثبات استئصال الخمج ب ال HP بعد العلاج المناسب م (١٦)h i. حيث يبتلع المريض أقراص البولة الحاوية على الكربون c14 الموسوم ومن ثم تقع البولة تحت تأثير اليورياز الموجود في HP و تتحول إلى أمونيا و ثاني أكسيد الكربون الذي يطرح عبر الرئة إلى النفس حيث يمكن تحديده بهواء الزفير كما يمكن تحديده أيضاً بعينة من غازات الدم

إن اختبار المستضد في البراز أيضاً حساس ونوعي للخمج الفعال ب HPوقد يكون مفيداً لإثبات الشفاء من ال HP .

_وإن النتيجة هي فرط الغاسترين و فرط الحمض الناجم عنه كذلك تسبب HP زيادة في العوامل الوسيطة الموضعة و السيتوكينات ويفترض بأن زيادة الغاسترين هذه ستقود إلى فرط تصنيع الخلايا الجدارية و الذي نجده في الكثير من مرضى القرحة العفجية . إن فرط إفراز الحمض و التهاب الغار

المعدي يعتقد بأنه يقود إلى حؤول إلى بشرة غارية في منطقة العفج (ما بعد البواب) مما يسمح ل HP باستعمار مخاطية العفج الحؤولية . مما يزيد في خطورة تطور القرحة العفجية ٥٠ ضعف .
عندما تعالج ال HP بنجاح فإن فيزيولوجية الإفراز الحمضي تعود للطبيعي
تستطيع ال HP أن تسبب أذية المخاطية المعدية العفجية عبر إنتاج الذيفانات (vaca و coga) إضافة للإنتاج الموضعي ل IL8 ضمن مخاطية الغار المصابة . مما يزيد تجمع الخلايا الإلتهابية و تحرر العوامل الوسيطة الإلتهابية . و إنتاج الأضداد المناعية
من الغالب أن HP تؤهبلقرحة المعدة على الأقل جزئياً عبر إضعاف آليات الدفاع المخاطية
المرضى الذين لديهم إصابة ب HP والتهاب غار المعدة هم على احتمال أكبر ب ٣،٥ ضعف لتطوير قرحة هضمية من المرضى غير المصابين ب HP
٩٠ % من مرضى القرحات العفجية و ٧٠ -٩٠ % من مرضى القرحات المعدية لديهم خمج ب HP
إن علاج ال HP الناجح يخفض نكس القرحة الهضية من ٧٠ % للمرضى المعالجين بمثبطات الحمض فقط إلى ٢٠% للمرضى المعالجين أيضاً بالصادات المضادة ل HP إضافة لمثبطات الحمض
إن ال HP هي بشكل مؤكد عامل هام في تطور ونكس القرحة الهضمية ولها دور سببي في سرطان و لمفوما المعدة أيضاً م (٢٤ ٢٥)
لكن فقط ١٥ -٢٠ % من المرضى المصابين ب HP سوف يطورون قرحة هضمية على مدى الحياة وهناك عوامل أخرى متورطة بإحداث القرحة أيضاً م K.

داء القرحة الهضمية (م ٤-١١- ١٨) :

القرحات الهضمية هي عيوب موضعة في مخاطية المعدة أو العفج والتي تمتد إلى تحت المخاطية أو أعمق من ذلك ، يمكن أن تكون حادة أو مزمنة وهي ناجمة بالنهاية عن عدم التوازن بين الحمض الهضمي وبين آليات المخاطية الدفاعية .
تبقى القرحة الهضمية تشخيصاً شائعاً للمرضى خارج المشفى لكن عموماً فإن زيارة مرضى القرحة للأطباء و القبولات في المشفى و العمليات الإنتقائية للقرحة الهضمية تناقصت بشكل ثابت و دراماتيكي على مدى العقود الثلاثة الماضية . لكن حدوث الجراحة الإسعافية و معدل الوفيات المرافقة للقرحة الهضمية هي تقريباً ثابتة
هذه الميول الوبائية ربما تمثل التأثير المحصل لعدة عوامل تتضمن نقص انتشار الخمج ب HP - تحسن العلاج الدوائي – زيادة تدبير المرضى الخارجية واستخدام NSAIDS و الأسبرين (مع أو دون وقاية للقرحة)

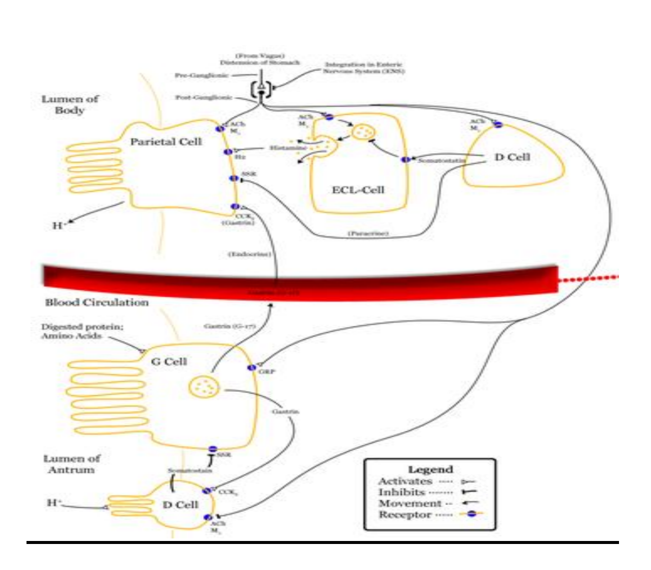
وبائياً:

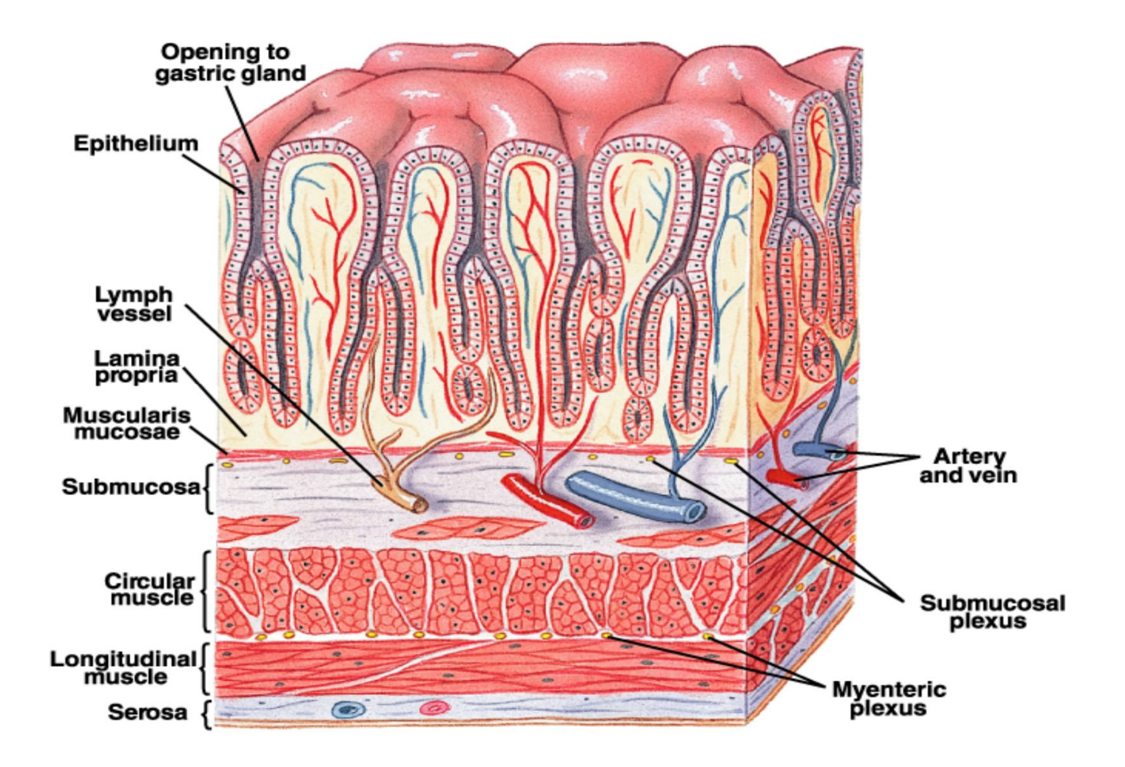
إن مرض القرحة الهضمية مرض شائع في أمريكا و في العام ٢٠٠٠كانت التكاليف المباشرة الكلية (مشافي +أطباء + أدوية) لداء القرحة الهضمية حوالي ٣،٣ بيليون $ مع تكاليف غير مباشرة (فقد العمل و الإنتاج)بأكثر من ٦بلايين $ إن انتشار القرحة الهضمية في U.S هو حوالي ٢% وإن خطورة الإصابة مدى الحياة هي ١٠% م (١٨).

في عام ١٩٩٨ كانت نسبة الوفيات بسبب القرحة الهضمية ١،٧ بال ١٠٠٠٠٠ شخص إن القرحة المعدية لها معدل وفيات أعلى من القرحة العفجية لأنها تنتشر أكثر بين الكهول

الدراسات الحديثة تظهر زيادة الوفيات بين المرضى الكهول بسبب اختلاطات القرحة الهضمية (النزف و الإنثقاب) وهذا من المفترض أن يكون ناجماً عن زيادة استخدام NSAIDS و الأسبرين بين جمهور الكهول و الكثير منهم مصاب ب HP

الفيزيولوجيا المرضية و الأسباب (م28) م i :





عوامل متنوعة يمكن أن تساهم في تطور الداء القرحي الهضمي ، رغم أنه من المعروف حالياً أن الغالبية العظمى من القرحات المعدية و العفجية تسبب ب HP و ال NSAIDS إلا أن الطريق النهائي المشترك لتشكل القرحة الهضمية هو أذية الحمض الهضمي للحاجز المخاطي المعدي العفجي . لذلك فإن القول المأثور (لا حمض لا قرحة) لا يزال مقبولاً ولا يزال تثبيط إفراز الحمض إما دوائياً أو جراحياً هو أساس علاج القرحة المعدية العفجية و منع نكسها م(٢٨) .

إنه يعتقد عموماً أن HP تؤهب للقرحة عبر فرط إفراز الحمض وعبر الحد من دفاعات المخاطية

إن NSAIDS يظن بأنها تتسبب بداء القرحة الهضمية بشكل أساسي عبر الحد من دفاعات المخاطية

القرحة العفجية تم اعتبارها كمرض لزيادة فعل الحمض الهضمي في مخاطية العفج وخصوصاً أنه تم النظر للقرحة المعدية على أنها نتيجة لضعف دفاع مخاطية المعدة في وجه الفعل الطبيعي غالباً للحمض المعدي . ولكن الفهم المتزايد للفيزولوجيا المرضية للقرحة الهضمية قد جعلت ذلك المفهوم ضبابياً

إنه من الواضح أن نقص آليات الدفاع المخاطية تلعب دوراً في العديد من القرحات العفجية و في معظم القرحات المعدية (قرحات العفج عند مرضى سلبيي HP الموضوعين على NSAIDS أي عند مريض لديه قرحة معدة من النمط الاول

مع زيادة بإفراز الحمض)

في حين أن النشاط العدواني المتزايد للحمض في القرحة الهضمية قد تسبب بإحداث القرحة في سياق دفاعيات مخاطية طبيعية كما هي حالة قرحات العفج عند مرضى Z E S أو قرحات المعدة عند مرضى انسداد مخرج المعدة

إن استئصال HP و إيقاف NSAIDS ضروري لشفاء القرحة وربما يكون أكثر أهمية لأجل منع نكس القرحة و اختلاطاتها (م g) .

العديد من الأمراض الأخرى تتسبب بإحداث القرحة الهضمية مثل متلازمة ZE و فرط تصنع و فرط وظيفة الخلايا G الغارية . فرط الخلايا البدينة الجهازي . الرضوض . الحروق . الشدة الفيزولوجية الكبرى . عوامل مسببة أخرى و تتضمن التدخين . الكحول . الشدة النفسية .

في U.S.A أكثر من ٩٠ % من اختلاطات القرحة الهضمية الخطيرة يمكن أن نعزيها إلى الخمج ب HP أو استخدام NSAIDS أو التدخين

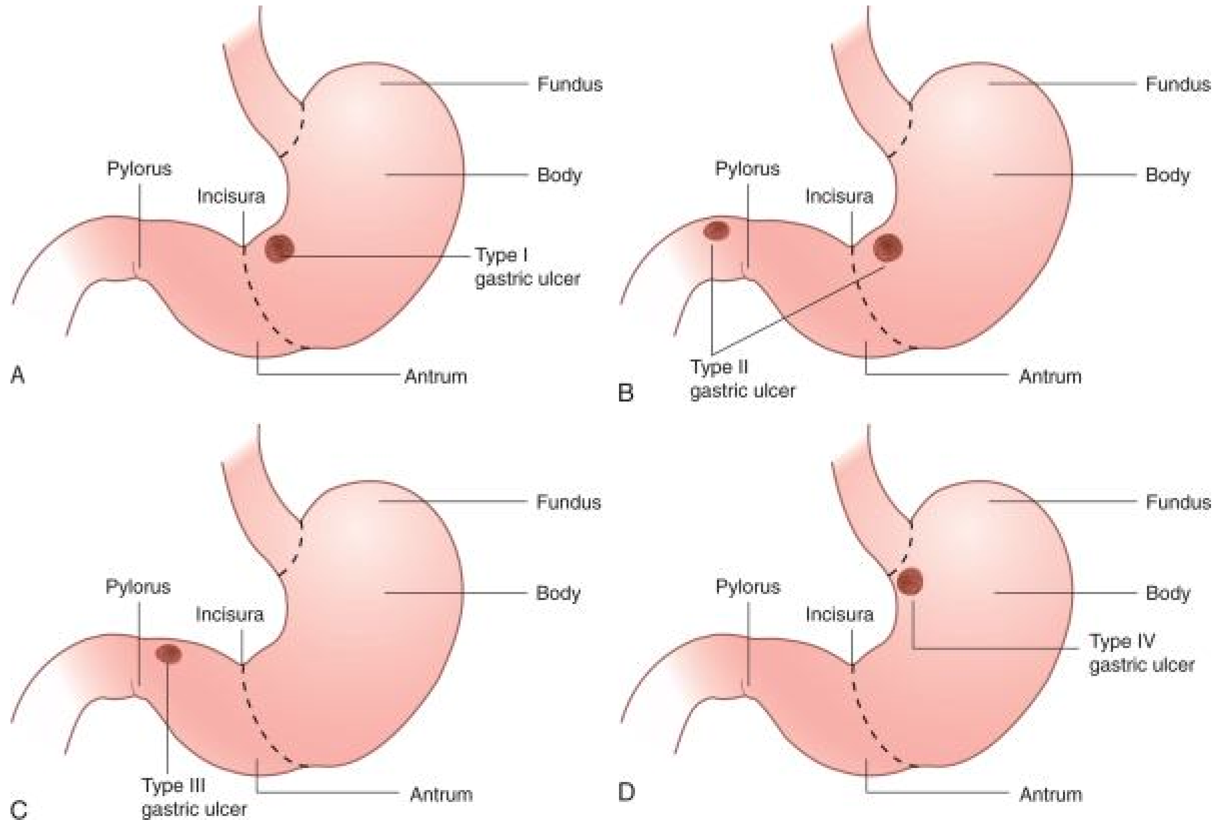
الإفراز الحمضي و القرحة العفجية (م-١٥-١٦) :

مرضى القرحة العفجية يفرزون حمض أكثر من القرحة المعدية .

لقد عرف منذ زمن بعيد أن مرضى القرحة العفجية لديهم إفراز حمض قاعدي (أساسي) BAO وأيضاً إفراز حمضي أعظمي MAO أعلى من الشاهد . الإفراز الليلي للحمض أعلى من الإفراز النهاري لاتوجد علاقة بين إفراز الحمض وشدة الداء القرحي . مرضى القرحة العفجية يفرزون حمض أكثر من الشواهد كاستجابة لأي منبه إفرازي أياً كان و رغم أن مرضى القرحة العفجية لديهم مستويات صيامية سوية من الغاسترين لكنهم ينتجون أكثر من الحمض المعدي عند أيةجرعة معينة من الغاسترين (من الشواهد) أي لديهم زيادة في حساسية الخلايا الجدارية للغاسترين . بعض مرضى القرحة العفجية لديهم إفراغ معدي أسرع و بالتالي يحدث لديهم زيادة بمرور الحمض المعدي إلى العفج يسبب نقص إفراز البيكربونات من مخاطية العفج

في مرضى قرحة المعدة فإن إفراز الحمض المعدي مختلف .

تم وصف أربعة أنماط من قرحات المعدة م (h) :



النمط الأول : قرحات تقع قرب الثلمة الزاوية على الإنحناء الصغير فوق الحد بين جسم المعدة و الغار هؤلاء المرضى لديهم إفراز حمضي طبيعي أو منخفض

النمط الثاني : هي قرحات معدية مترافقة مع قرحة عفجية فعالة أو هادئة

النمط الثالث : قرحات معدية ما قبل البواب

كلا النمطين الثاني و الثالث تترافقان مع إفراز حمضي طبيعي أو زائد
النمط الرابع : قرحات معدية تحدث في منطقة الوصل المعدي المريئي وهنا يكون الحمض المعدي طبيعي أو تحت الطبيعي
مرضى النمطين الأول و الرابع قد يكون لديهم نقص في دفاع المخاطية
إن القلس العفجي المعدي قد يلعب دوراً في إضعاف دفاع مخاطية المعدة عند مرضى القرحة المعدية .
العديد من مكونات عصارة العفج مثل الصفراء ، اليزوليستين و عصارة البنكرياس أيضا قد تسبب أذية و التهاب في مخاطية المعدة
ورغم أن قرحة المعدة المزمنة تترافق غالباً بالتهاب معدة لكن لم يثبت حتى الآن أن التهاب المعدة يقود إلى قرحة معدة

مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية في داء القرحة الهضمية (م ١٨-٢٨) :

NSIALS (و من ضمنها الأسبرين) مرتبط بشكل معقد بالقرحة الهضمية . مرضى التهاب المفاصل الرثياني أو النكس المفصلي الذين يتناولون NSAIDS لديهم فرصةحدوث ١٥ – ٢٠ %سنوياً لتطور قرحة هضمية . انتشار القرحة الهضمية عند مستخدمي NSAIDS المزمنين هو ٢٥ % (١٥ % معدية و ١٠ % عفجية) ، اختلاطات القرحة العفجية (خاصة النزف و الإنثقاب) أشيع بكثير عند المرضى الذين يستخدمون NSAIDS ، أكثر من نصف المرضى الذين يتظاهرون بنزف قرحي أو انثقاب يذكرون قصة استخدام حديث ل NSAIDS و من ضمنها الأسبرين . الكثير من هؤلاء يبقون لا عرضيين إلى حين تطوير هذه الإختلاطات المهددة للحياة م (٢٨) .
إن الخطورة الكلية لوقوع أحداث خطرة هامة معدية في مرضى NSAIDS هي أكثر بثلاث أضعاف منها للشواهد و تزداد الخطورة لخمس أضعاف بعد عمر الستين سنة حيث أنه في المرضى الكهول الذين يأخذون NSAIDS فإن احتمال أنهم سيحتاجون عمل جراحي بسبب اختلاطات القرحة الهضمية هي عشرة أضعاف منها للشواهد ، و الخطورة بأنهم سيموتون بسبب معدي هي أعلى ب (٤ – ٥) أضعاف .كما أن مرضى NSAIDS لديهم نسب أعلى من الاستشفاء بسبب حوادث معدية معوية
في USA عشرون مليون مريض يستخدمون NSAIDS بشكل منتظم
العوامل التي تضع المرضى الذين يستخدمون NSAIDS تحت خطورة اختلاطات معدية تتضمن م (i):

١- العمر > ٦٠ سنة
٢- سوابق حوادث GI
٣- جرعة عالية من NSAIDS
٤- استخدام سيتروئيدات مرافقة
٥- استخدام مميعات مرافقة أي مريض من هؤلاء المرضى يجب أن يتلقى معالجة مثبطة للحمض أو ميزوبرستول بجرعة علاجية (ليس وقائية) بشكل مزامن لاستخدام NSAIDS أو يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار أن يخضع لمعالجة بديلة بمثبطات (COX – 2)

التدخين – الشدة-عوامل أخرى (١٤-١٣) :
ترى الدراسات الوبائية أن المدخنين لديهم خطورة الضعف لتطوير داء القرحة الهضمية . يزيد التدخين من إفراز الحمض المعدي كما يزيد من القلس العفجي المعدي . ينقص التدخين من انتاج البروستاغلاثدين في المعدة و العفج كما ينقص إنتاج البيكربونات في العفج و المعدة .
كما أن الشدة النفسية و الفيزيولوجية ودون شك تلعب دوراً في تطور القرحة الهضمية
في عام ١٨٤٢ميلادية وصف كيرلينغ القرحة العفجية مع أو دون التهاب العفج عند مرضى الحروق وبعد عدة عقود وصف كوشينغ ظهور تقرح هضمي حاد عند مرضى رضوض الرأس (قرحة كوشينغ) ولا يزال المرضى يأتون باختلاطات القرحة (نزف – انسداد – اثقاب) والتي تتفاقم بشكل واضح بحوادث الحياة المؤلمة .
حديثاً فإن استخدام Crack – cocaine قد اقترن بالقرحات الهضمية المجاورة للبواب و التي تميل للإنثقاب .
الكحول أيضاً تم ذكره كعامل خطورة لداء القرحة الهضمية لكن المعطيات المثبتة لا تزال غير كافية

التظاهرات السريرية للداء القرحي العفجي (م٨ -٩) :
أكثر من ٩٠ %من مرضى الداء القرحي يشكون من ألم بطني وهذا الألم عادةً غير منتشر حارق بطبيعته يقع بالشرسوف . آلية الألم غير واضحة
مرضى القرحة العفجية يشكون الألم عادة بعد (٢ -٣) ساعات من الطعام وفي الليل أيضاً وثلثي المرضى يشكون من ألم يوقظهم ليلاً
ألم القوحة المعدية يحدث بشكل شائع أثناء الطعام ونادراً ما يوقظ المريض من نومه
أعراضه و علاماته تتضمن غثيان – نفخة – نقص وزن – براز إيجابي الدم الخفي – فقر الدم
القرحة العفجية أشيع بنسبة ٢ إلى ١ عند الرجال منها عند النساء ولكن القرحة المعدية متساوية بينهما وسطياً مرضى القرحة المعدية أكبر ب ١٠ سنوات من مرضى القرحة العفجية . وحدوث القرحة المعدية يزداد مع العمر كنتيجة لاستخدام أكثر NSAIDS بتقدم العمر م (a b)و أيضاً لانتشار الإصابة ب HP مع العمر

التشخيص: م (٢٢)
لدى المرضى الشباب الذين يعانون من عسرة هضم أو ألم شرسوفي قد يكون من المناسب أن نبدأ علاجاً تخبريا لداء القرحة الهضمية دون اختبارات مثبتة للتشخيص .
لكن كل المرضى > ٤٥ سنة الذين يشكون من ألم شرسوفي أو عسرة هضم يجب أن يخضعوا لتنظير هضمي علوي ، وجميع المرضى أيضاً الذين لديهم أي من الأعراض المنذرة بغض النظر عن أعمارهم يجب أن يخضعوا لتنظير هضمي علوي وهذه الأعراض المنذرة هي (فقر دم – نزف – عسرة بلع – نقص وزن – إقياءات متكررة) ، جميع القرحات المعدية يجب أن يؤخذ منها خزعات بشكل كافٍ وأية منطقة التهاب معدة يجب أن يؤخذ منها خزعة لنفي HP

وللتقييم النسيجي أيضاً . اختبارات إضافية ممكن أن تجرى لمرض القرحة العفجية لتحري HP
مع أنه مثير للجدل ولكن من غير المعقول اختبار جميع مرضى الداء القرحي لتحري HP
_معايرة غاسترين المصل القاعدي مناسب لتحري الغاستريتوما .

اختلاطات القرحة الهضمية (م٨-٢٨) : الإختلاطات الثلاثة للقرحة الهضمية بترتيب متناقص من حيث الشيوع هي النزف ، الإنثقاب ، الإنسداد معظم الوفيات المرتبطة بالقرحة العفجية في USA عائدة للنزف
إن القرحة الهضمية النازفة تشكل حوالي نصف حالات النزف الهضمي العلوي الهامة سريرياً
في معظم المراكز الطبية يأتي مرضى القرحة الهضمية النازفة نموذجياً بتغوط زفتي مع اقياء مدمى وإن الرشف المعدي عبر أنبوب أنفي معدي يثبت النزف الهضمي العلوي .
الألم غير شائع . قد يترافق النزف مع صدمة مما يتطلب إنعاش و نقل دم . التنظير الهضمي العلوي المبكر ضروري لتشخيص سبب النزف ولتحديد الحاجة للمعالجة الإرقائية .
٧٥% من مرضى القرحة الهضمية النازفة سيتوقف لديهم النزف إذا وضعوا على حمية وطلقة مع معالجة مثبطة للحمض لكن ٢٥ % سيستمر النزف لديهم أو أنه سيعود النزف لديهم بعد فترة هدوء بدئية وفعلياً جميع الوفيات تحدث عند تلك المجموعة م(٢٨) .
هذه المجموعة يمكن تحديدها نوعاً ما بناء على العوامل السريرية المرتبطة بوضع النزف و الموجودات التنظيرية

العوامل السريرية و التنظيرية التي تحدد الحاجة للتدخل لإيقاف نزف القرحة (م٣)

- صدمة (هبوط الضغط)
- اقياء مدمى مستمر
- نقل دم أكثر من ٤ وحدات خلال ٢٤ ساعة
- وعاء نازف مرئي بقعر القرحة
- نزف مستمر
- حجم القرحة و موقعها

هؤلاء المرضى يمكن أن يستفيدوا من المعالجة بالتنظير الباطني لإيقاف النزف
الوسائل الوقائية التنظيرية الأكثر شيوعاً هي حقن الإيبنفرين و التخثير الكهربائي .
إن استمرار النزف برغم التنظير (المداخلة التنظيرية) أو عودة النزف بعد المعالجة التنظيرية هي استطباب للعمل الجراحي .
رغم أن إعادة التنظير و المعالجة التنظيرية كانت ناجحة بمعالجة النزف المعاود . لكن المرضى المسنين وعاليي الخطورة لا يتحملون النوب المتكررة من النزف الهم هيموديناميكياً (م ٨) . وقد يستفيدوا من التداخل الجراحي الباكر بعد التداخل التنظير الناجح البدئي ، خاصة إذا كان لديهم واحد أو أكثر من عوامل الخطورة المذكورة أو القرحة عالية الخطورة.
إن الجراحة المخطط لها تحت ظروف مهيأة تعطي نتائج أفضل من الجراحة الإسعافية .

القرحات النازفة على الوجه الخلفي للبصلة و في الإنحناء الصغير للبصلة هي آفات عالية الخطورة كونها تجاور أوعية كبيرة وعادة لا تعنو للمعالجة غير الجراحية . ويجب الأخذ في الحسبان المعالجة الجراحية الباكرة

القرحة الهضمية المنثقبةتتظاهر عادة ألم بطني حاد ويستطيع المريض غالباً أن يعطي الوقت الدقيق لبدء الألم مبدئياً فإن التهاب بريتوان كيميائي سوف يتطور بسبب المفرزات المعدية العفجية وخلال ساعات فإن التهاب بريتوان جرثومي سيتراكب فوق الكيميائي
تشظي (تبعثر)السوائل في الحيز الثالث للبريتوان الملتهب قد يكون كبيراً والإنعاش بالسوائل ضروري المريض يكون بحالة سيئة واضحة وفحص البطن يبدي العلامات البريتوانية . عادة دفاع إرادي واضح و ألم مرتد يمكن إثارته عبر الفحص اللطيف حتى صورة الصدر بوضعية الوقوف تظهر الهواء الحر في حوالي٨٠ % من المرضى (م١٩).
، وحالما يتم وضع التشخيص يعطى المريض صادات و مسكنات وينعش بسوائل معادلة للتوتر الحلولي ومن ثم يؤخذ إلى غرفة العملياتنادراً ما يكون قد أغلق الإنثقاب عفوياً عند وقت مراجعة المريض للمشفى ، وعندها يمكن تجنب الجراحة فقط إذا كان هناك دليل جازم بأن التسريب قد توقف (صورة ظليلية) وبغياب علامات التهاب بريتوان سريرية
انسداد مخرج المعدة يحدث عند أقل من ٥ %من مرضى الداء القرحي . وهو ناتج عادةً عن الداء القرحي العفجي أو ما قبل البوابقد يكون حاداً (بسبب الوذمة الإلتهابية وسوء الوظيفة العفجية) أو مزمناً بسبب التندب .يأتي المرضى عادةً بإقياءات غير صفراوية وقد يكون لديهم فلاء استقلابي ناقص الكلور ناقص البوتاسيوم .
الألم وعدم الراحة شائعان فقد الوزن يكون واضح وهذا يعتمد على مدة الأعراض
المعالجة البديلة هي سحب المفرزات عبر أنبوب أنفي معدي . أماهة وريدية و تعويض الشوارد ومضادات إفراز الحمض المعدي . يثبت التشخيص بالتنظير الهضمي العلوي ويجب نفي الخباثة حالياً معظم المرضى المقبولين بالمشافي بداء قرحي ساد يتطلبون تدخلاً إما بالتوسيع بالبالون أو بالجراحة .

e 14–10. Treatment options for peptic ulcer disease.
ve *Helicobacter pylori*–associated ulcer
Treat with anti-*H pylori* regimen for 7–14 days. Treatment options:
n pump inhibitor twice daily[1] thromycin 500 mg twice daily xicillin 1 g twice daily (or metronidazole 500 mg twice daily, if penicillin all
n pump inhibitor twice daily[1] uth subsalicylate two tablets four times cycline 500 mg four times daily onidazole 250 mg four times daily
idine bismuth citrate 400 mg twice daily (not available in the United S thromycin 500 mg twice daily xicillin 1 g or tetracycline 500 mg or metronidazole 500 mg twice dail
roton pump inhibitors administered before meals. Avoid metronidazole regimens in areas of known high resistance or in patients who ha d a course of treatment that included metronidazole.)
After completion of 7–14-day course of *H pylori* eradication therapy, continue treatment with proton pump inhibitor[1] once daily or H_2- ptor antagonist (as below) for 4–8 weeks to promote healing.
ve ulcer not attributable to *H pylori*
Consider other causes: NSAIDs, Zollinger-Ellison syndrome, gastric malignancy. Treatment options:
oton pump inhibitors[1]:
Uncomplicated duodenal ulcer: treat for 4 weeks
Uncomplicated gastric ulcer: treat for 8 weeks
-receptor antagonists:
Uncomplicated duodenal ulcer: cimetidine 800 mg, ranitidine or nizatidine 300 mg, famotidine 40 mg, once daily at bedtime for 6 weeks
Uncomplicated gastric ulcer: cimetidine 400 mg, ranitidine or nizatidine 150 mg, famotidine 20 mg, twice daily for 8 weeks
Complicated ulcers: proton pump inhibitors are the preferred drugs
vention of ulcer relapse
NSAID-induced ulcer: prophylactic therapy for high-risk patients (prior ulcer disease or ulcer complications, use of corticosteroids or oagulants, age > 60 years, serious comorbid illnesses).
eatment options:
n pump inhibitor once daily -2 selective NSAID (celecoxib) (contraindicated in patients with increased risk of cardiovascular di prostol 200 mcg 3–4 times daily
Long-term "maintenance" therapy indicated in patients with recurrent ulcers who either are *H pylori*-negative or who have failed attempts cation therapy: once-daily proton pump inhibitor[1] or H_2-receptor antagonist at bedtime (cimetidine 400–800 mg, nizatidine or ranitidine -300 mg, famotidine 20–40 mg)

current medical therapy مصدر الجدول كتاب

معالجة الداء القرحي و الملوية البوابية(م-١٧-٢٤) :

يجب تشجيع المرضى على أن يتناولوا وجبات متوازنة بفواصل منتظمة . لا يوجد مبرر لحميات معينة . تناول معتدل الكمية للكحول غير مؤذ . التدخين يؤخر شفاء القرحة ويزيد النكس لذلك يجب تشجيع المرضى على إيقاف التدخين

معالجة القرحات المرافقة ل HP :

القرحات المترافقة ل HP يجب علاجها خلال أول عشرة أيام بأحد مثبطات مضخة البروتون حسب احد البروتوكولات المذكورة بالجدول كما أن مضادات إفراز الحمض توصف لفترة ٢-٤ أسابيع إضافية في القرحة العفجية ولفترة ٤-٦ أسابيع بالقرحة المعدية بعد إكمال العلاج بالصادات للتأكد من شفاء القرحة فإن جرعة فموية وحيدة من مضادات الإفراز (أمبرازول – رابيرازول ٢٠ ملغ أو لانسوبرازول ٣٠ ملغ أو بانتابرازول أو ايزوامبرازول ٤٠ ملغ) هو الأكثر ملاءمة م(١٧) اثبات استئصال ال HP عند مرضى القرحات غير المختلطة لا داعي له لكنه ضروري عند مرضى القرحات المختلطة بالنزف أو الإنثقاب أو الإنسداد

معالجة القرحة الحاوية HP فعالة :

١- معالجة مضادة ل HP لمدة ٧-١٤ يوم تتضمن

(A)- مثبطات مضخة البروتون مرتين يومياً

- كلاريترومايسين ٥٠٠ ملغ مرتين في اليوم

-أموكسيسللين ١غرام مرتين في اليوم (أو متيرونيدازول ٥٠٠ ملغ مرتين يومياً للمرضى المتحسسين للبنسلين)

(B) – مثبطات مضخة البروتون مرتين في اليوم

- سياليسيلات البيزموتمضغوطتين معاً أربع مرات يومياً

- تتراسيكلين ٥٠٠ ملغأربع مرات يومياً

- متيرونيدازول ٢٥٠ملغ أربع مرات يومياً

(C) – سيترات البيزموت مع الرانتيدين ٤٠٠ملغ مرتين يومياً

- كلاريترومايسين ٥٠٠ملغ مرتبن يومياً

- أموكسيلين ١غرام أو تتراسكلين ٥٠٠ ملغ أو ميترونيدازول ٥٠٠ملغ مرتين يومياً

٢- معالجة القرحات غير المترافقة مع HP (يجب أخذ ال ZE أو NSAIDS في المعدة كعوامل مسببة) المعالجات مأخوذة من م current medical therapy 2008.

خيارات العلاج :

مثبطات مضخة البروتون

معالجة لأربع أسابيع لقرحة العفج غير المختلطة

معالجة لثمانية أسابيع لقرحة المعدة غير المختلطة

مضادات H2يستخدم سيميتيدين ٨٠٠ ملغ أو رانيتيدين ٣٠٠ ملغ فاموتيدين ٤٠ ملغ مرة واحدة يومياً قبل النوم لعلاج القرحة العفجية غير المختلطة وذلك ل٦ أسابيع و تستخدم الأدوية السابقة ذاتها لكن توزع الجرعة على مرتين يومياً ولمدة ثمانية أسابيع وذلك عند علاج القرحة المعدية غير المختلطة

ملاحظة : القرحة المختلطة علاجها حصراً بمثبطات إفراز الحمض

للوقاية من نكس القرحة المرضية ب NSAIDS فإن المعالجة الوقائية للمرضى عاليي الخطورة (قرحة سابقة – عمر > ٦٠ سنة – استخدام مزمن ل سيتروئيدات أو مميعات - أمراض مرافقة مزامنة)

خيارات المعالجة الوقائية :

- مثبطات cox-2 الإنتقائية (مضاد استطباب بحالة الخطورة القلبية الوعائية)
- مضاد إفراز مرة / اليوم
- ميزو برستول ٢٠٠ ملغ ٣ -٤ مرات في اليوم

ملاحظة : جميع مضادات الإفراز الحمضي (مثبطات المضخة) تعطى مرتين يومياً عدا الإيزوميرازول فإنه يعطى مرة في اليوم

المرضى الذين يستخدمون NSAIDS ولا يمكن إيقافه لديهم يمكن إعطاؤهم مثبطات المضخة جرعة واحدة يومياً و الذي يسبب شفاء القرحة المرافقة عند ٨٠ % منهم خلال ثمانية أسابيع . كما يجب تحري و استئصال HP عندهم

جرعة الصيانة طويلة الأمد تستطب لدى مرضى القرحات الناكسة و القرحات التي سببت اختلاط وعند المرضى عاليي الخطورة المذكورين سابقاً و أيضاً عند المدخنين الذين لم يوقفوا التدخين رغم إصابتهم بالقرحة العفجية

العلاج الجراحي للقرحة الهضمية (م١٣-٢٩-٣٥) :

إن استطبابات العلاج الجراحي للقرحة هي النزف – الإنثقاب – الإنسداد و عدم الشفاء . يجب أخذ سرطان المعدة بعين الإعتبار عند جميع مرضى القرحات المعدية .

إن الغالبية العظمى من القرحات الهضمية يمكن علاجها بأحد العمليات الثلاثة التالية :

١- قطع المبهم فائق الانتقائي HSV

٢- قطع المبهم مع إجراء تصريفي V+D

٣- قطع المبهم واستئصال معدة بعيد V+A (أو استئصال الغار)

HSV قطع المبهم فائق الإنتقاء(م١٣) :

تدعى أيضاً نزع تعصيب الخلايا الجدارية وهي عملية آمنة حيث نسبة الوفيات أقل من٠،٥ % ولها تأثيرات جانبية قليلة جداً ، العملية تقوم على قطع التعصيب المبهمي عن الثلثين القريبين للمعدة حيث تقع فعلياً جميع الخلايا الجدارية . في حين نحافظ على تعصيب البواب و الغار وباقي الأحشاء البطنية .

إن نزع التعصيب غير الكافي بسبب خطأ تكنيكي يقود إلى النسبة العالية من النكس (٥-١٥)% .

إن قطع تعصيب الخلايا الجدارية ينقص إفراز الحمض المعدي الكلي بنسبة (٦٥ – ٧٥) % إن إفراغ المعدة من المواد الصلبة يبقى طبيعياً لكن إفراغ السوائل قد يتسارع بسبب نقص مطاوعة المعدة المرافق لغياب منعكس التكيف و الاسترخاء الاستقبالي الناجم عن غياب التعصيب .

اقترحت هذه العملية لعلاج القرحة العفجيةو المعدية غير المختلطة .

إن إجراء Taylor (خزع مصلية – عضلية أمامي وقطع مبهم جزعي خلفي) هو بديل مثير لHSVولها تأثيرات جانبية أقل ونكس مقبول . حيث يتم فيها تثبيط حمضي فعال و إفراغ معدة طبيعي

قطع المبهم و التصريف V+D م(١٣):

يقصد بها قطع المبهم الجذعي وتصنيع البواب أو إجراء مفاغرة معدية صائمية

ميزة العملية هي إمكان إنجازها بسرعة لكن تأثيراتها الجانبية (اسهال مع أو بدو إغراق في ١٠% من المرضى) ونسبة النكس ١٠% هي مساوئها الرئيسية

يجب إجراء محاولة جدية لإجراء قطع مبهمين جذعي كامل خاصة وأن لدى الكثيرين أكثر من جذعين مبهمين عند الفرجة الحجابية . كما يجب إجراء خزعة مجمدة لإثبات قطع جذعين مبهمين على الأقل

يمكن إجراء V+D للقرحات المختلطة (النازفة مع المثقوبة و السادة) معدية و عفجية وعند تطبيقها على القرحة لا ننسى أنه يجب استئصال القرحة أو على الأقل أخذ خزعات منها .

إن قطع المبهم ينزع تعصيب البواب و الغار لذلك يتطلبالتكنيك إجراءاً تصريفياً لتجاوز البواب وإلا فستحدث ركوده معدية. تعتبر المفاغرة المعدية الصائمية خياراً جيداً عند مرضى انسداد مخرج المعدة وعندما يكون قسم العفج القريب متندب بشكل شديد .

تجري المفاغرة بين لصائم القريب و القسم الأكثر تدلياً عن الانحناء الكبير للمعدة سواء خلف أو أمام الكولون .

من جهة أخرى فإن تصنيع البواب مفيد عند بعض المرضى الذين يتطلبون فتح العفج و البواب للتعامل مع اختلاط القرحة مثل قرحة العفج الخلفية النازفة عند أولئك الذين لديهم تندب أصغري أي موضع في منطقة ما قبل البواب أو حينما تكون المفاغرة المعدية الصائمية صعبة تكنيكياً

أكثر عمليات تصنيع البوابشيوعاً هي ميكو ليكز و التي تغلق شقاً طولياً عبر البواب بشكل عرضي بحسب الشكل من التكنيكات المستخدمة أيضاً . نموذج فيني و جابولي و التي قد تكون مفيدة لكن عمليات تصنيع البواب جميعها تجعل الاستئصال اللاحقالبعيد للمعدة أكثر صعوبة و خطورة مستقبلاً .

قطع المبهم و قطع الغار V+A (م ١٣):

إن ميزة عمليات الاستئصال (قطع المبهم و الغار) هي النكس المنخفض جداً للقرحة حيث يكون غالباً أقل من ٢% إضافة لأنه يمكن تطبقها لمرضى القرحة الهضمية المختلطة (عفجية معدية نازفة أو سادة أو ناكسة) وكذلك الأمر عند تطبيقها لأجل قرحة معدة فإنه يجب تمديد الاستئصال ليشمل القرحة المعدية إن مساوئ V+A (قطع المبهم و الغار) هي الوفيات العالية نسبياً مقارنة ب V+D و HSV .
بعد قطع الغار يمكن إجراء مفاغرة معدية عفجية (بيليروث ١) أو مفاغرة معدية صائمية (بيليروث ٢) و كون قطع الغار يترك حوالي ٦٠ – ٧٠ % من المعدة فإن مفاغرة Roux.en y يجب تجنبها بهذه الحالة خوف الركوده المعدية و القرحات الهامشية علماً أن Roux.en y هي إجراء ممتاز لتحويل مفرزات العفج بعيداً عن المعدة و المري
ورغم أنه من غير الواضح أن المراضة على المدى الطويل لعملية قطع المبهم و الغار هي أعلى منها لعملية قطع المبهم و التصريف ولكنه من الواضح أن نسبة الوفيات أعلى من عند تطبيق الإجراءات الإستئصالية . بناء على ذلك فإن تجنب الإجراءات الإستئصالية عند المرضى غير المستقرين هيموديناميكياً كما يجب تجنبها عند مرضى تندب العفج و الإلتهاب الواسع حول منطقة العفج حيث تكون المفاغرة أو إغلاق العفج ضمن الخطر

استئصال المعدة البعيد

إن قرحات النمط ١ (قرحات الثلمةالزاوية) كانت تعالج تقليدياً بإستئصال المعدة البعيد (قطع ٥٠ % من المعدة) بحيث تتضمن القرحة وإعادة التركيب تتم عبر عملية B1 أو B2 يمكن إضافة قطع المبهم فيما إذا استخدمت العملية لقرحات النمط الثاني (عفجية معدية) أو النمط الثالث (قرحات ما قبل البواب) أو إذا كان المريض تحت خطر أكبر لنكس القرحة
استخدمت عملية قطع المعدة تحت التام (إزالة ٧٥ %من المعدة) دون قطع المبهم سابقاً كخيار لعلاج القرحة عند مرضى منتقين لكن حالياً لم تعد تستخدم هكذا عملية لأجل القرحة وبهذه الحالة تكون عملية B2هي المفضلة لإعادة التركيب Reconstruction .

ملخص عن عمليات الاستئصال المعدي كعلاج للقرحة (م ٨) :

العملية	نسبة الاستئصال	عملية إعادة التركيب المفصلة	ملاحظة
استئصال الغار	٣٠-٤٠ % من المعدة	بيليروث ١	يمكن إضافة قطع المبهم
استئصال معدة بعيد	٥٠% من المعدة	بيليروث ١	يمكن إضافة قطع المبهم
استئصال معدة تحت التام	٧٥ %من المعدة	بيليروث ٢	لا داعي لقطع المبهم
استئصال معدة قرب التام	٩٠ % من المعدة	Roux.en y	لا داعي لقطع المبهم
استئصال معدة تام	١٠٠ % من المعدة	Roux.en y	لا داعي لقطع المبهم

اختيار العمل الجراحي المناسب للقرحة الهضمية :

إن اختيار العمل الجراحي المناسب للقرحة الهضمية يعتمد على عدة عوامل و تتضمن نمط القرحة (عفجية معدية – ناكسة – هامشية)

الإستطباب (مختلطة – نزف – انثقاب – غير شافية) حالة المريض و عوامل أخرى

هناك اعتبارات إضافية هي العوامل داخل البطنية (تندب – التهاب العفج – الإلتصاقات - الكشف الصعب)

استعداد وتأهب المريض و خبرة الجراح و تفضيله الشخصي وجود أم عدم وجود HP ، الحاجة للعلاج ب NSAIDS و العلاجات السابقة واحتمال المطاوعة المستقبلية للعلاج .

الجدول التالي يظهر الخيارات الجراحية لقرحات العفج و المعدة

وبشكل عام فإن الإجراءات الإستئصالية لها أقل نسبة نكس ولكن أعلى نسبة مراضة و وفيات عندما تقارن بالإجراءات غير الإستئصاليةو لأن نكس القرحة غالباً مرتبط ب HP و NSAIDS فإنه يتم تدبير غالباً و من دون الحاجة لإعادة العمل الجراحي .

إن استئصال المعدة لتخفيض النكس في داء القرحة العفجية غير مبرر هذه الأيام ولكن الإستئصال لأجل قرحة المعدة هو الإجراء المعياري حالياً بسبب خطورة التسرطن.(م٢٩) (٣١)

الإستطباب	القرحة العفجية	القرحة المعدية
النزف	خياطة القرحة	خياطة القرحة +أخذ خزعة
النزف	خياطة ، قطع مبهم ،تصريف V+D	خياطة القرحة + أخذ خزعة + قطع مبهم + تصديف
النزف	قطع المبهم وقطع الغار V+A	استئصال معدة بعيد (للمرضى منخفضي الخطورة)
الإنثقاب	الرقعة الثربية	خزعة + رقعة
الإنثقاب	الرقعة الثربية + H.S.V	استئصال أسفسني + قطع المبهم و التصديف
الإنثقاب	الرقعة الثربية + V+D	استئصال معدة بعيد
الإنسداد	مفاغرة معدية صائمية + H.S.V	خزعة + مفاغرة معدية صائمية +H.S.V
الإنسداد	قطع المبهم و قطع الغار V+A	استئصال معدة بعيد
القرحة المعندة وغير الشافية	H.S.V	H.S.V + استئصال إسفيني
القرحة المعندة وغير الشافية	V+D	قطع معدة بعيد
القرحة المعندة وغير الشافية	V+A	

القرحة النازفة م(١٤):

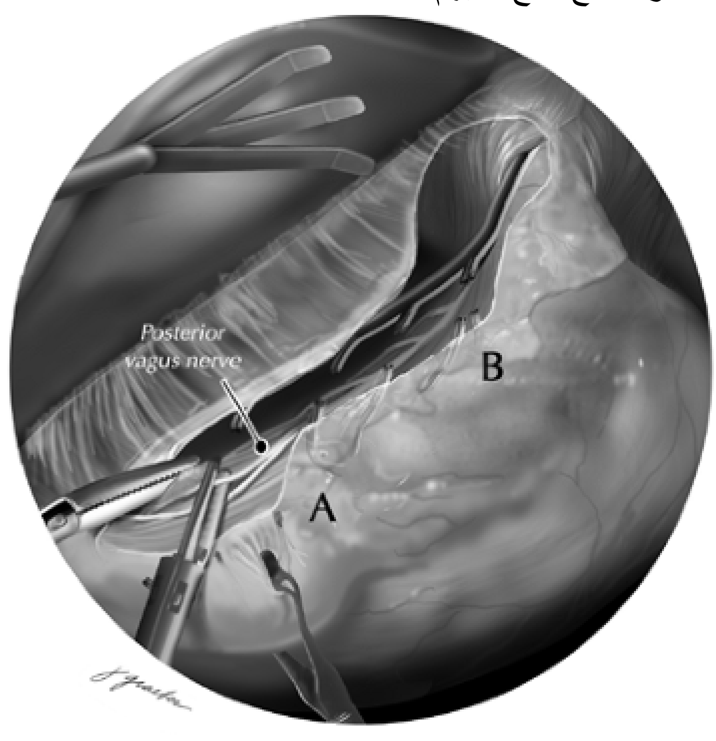
أشيع سبب للموت الناجم عن القرحة هو النزف حديثاً فإن العدد الإجمالي من العمليات الجراحية في U.S .A لأجل القرحة الهضمية النازفة يبدو أنه ازداد . كذلك ازدادت نسبة العمليات الجراحية المجراة لأجل النزف من مجمل عمليات القرحة.

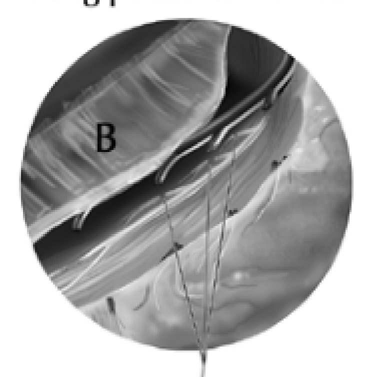
من غير المعروف فيما إذا أو كيف أن المعالجة التنظيرية الباطنية أو معالجة HP أو الأدوية المضادة للإفراز ستؤثر على هذا الميل للجراحة قد يكون سبب ازدياد التداخل الجراحي لأجل نزف القرحة ناجم ولو جزئياً عن ازدياد العمر وازدياد استخدام NSAIDS .

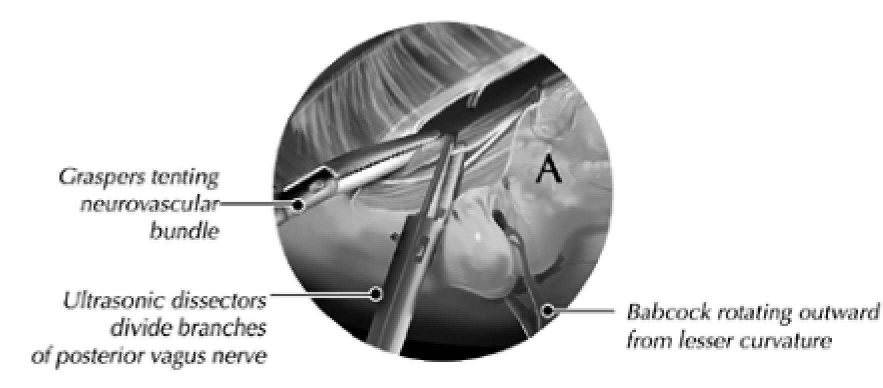
إن نجاح العلاج غير الجراحي للقرحة النازفة قد أدى إلى اختيار مجموعة جزئية من المرضى العاليي الخطورة لأجل الجراحة .

من المؤكد أن المريض الذي يخضع للجراحة حالياً لأجل قرحة نازفة هو على درجة أعلى من الخطورة وبالتالي أقل فرصة لنيل نتيجة جراحة جيدة مقارنة بالماضي

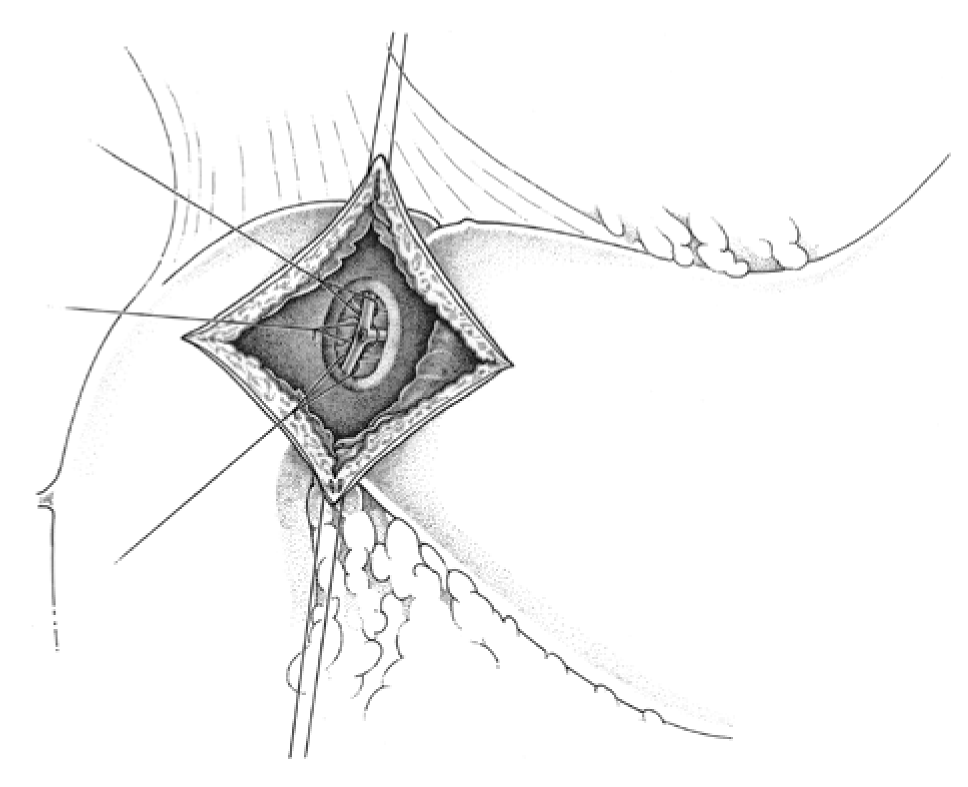
الخيارات الجراحية لعلاج القرحة النازفة تتضمن القطب الإرقائية للنزف مع أخذ خزعة في حال القرحة المعدية أو أن نخيط النزف و نجري عملية للقرحة محددة غير استئصالية (H.S.V أو V+D) أو استئصالية كاستئصال المعدة متضمنة القرحة مع قطع المبهم .







القرحة العفجية النازفة :



استطبابات العمل الجراحي في القرحات العفجية النازفة هي النزف الكلي (صدمة – عدم استقرار هيموديناميكي) الذي لا يستجيب للعلاج التنظيري الباطني و الحاجة لنقل دم أكثر من ٤ – ٦ وحدات رغم محاولات السيطرة على النزف التنظيرية م(١٤ - ١٦).

إضافة إلى عدم توفر الطبيب المنظر و أيضاً تجدد النزف رغم محاولات إرقائه التنظيرية لمرة أو أكثر إن نقص الدم المطلوب وتكرر القبول في المشافي بيبب نزف قرحة العفج كذلك وجود استطبابات مرافقة تستوجب التدخل الجراحي كالأنسداد و الإنثقابتشكل أيضاً استطبابات للتداخل الجراحي إن نسبة الوفيات للعمل الجراحي لأجل قرحة عفجية نازفة هي ١٠- ٢٠ %يجب محاولة إجراء الجراحة مبكراً عند المرضى الذين تزيد أعمارهم عن ٦٠ سنة و أولئك الذين يأتون بحالة صدمة الذين يتطلبون نقل أكثر من أربع وحدات دم في غضون ٢٤ ساعة أو أكثر من ثمانية وحدات دم خلال ٤٨ ساعة . أولئك الذين يحدث لديهم تجدد النزف و الذين لديهم قرحات أكبر من ٢ سم أو قرحات بأماكن النزف الخطر (انحناء صغير للمعدة و وجه خلفي للبصلة)

العمليتين الأكثر شيوعاً للقرحة العفجية النازفة هما خياطة القرحة مع إجراء قطع مبهم و إجراء تصريفي (تصنيع بواب أو مفاغرة معدية صائمية) أو عملية قطع المبهم مع استئصال الغار مع قطب إرقائية للقرحة النازفة م(١٤) . إن المبادلة بين العمليتين يبدو أنه زيادة خطورة عودة النزف في قطع المبهم و إجراء التصريف يقابل زيادة نسبة الوفيات في عملية قطع المبهم و استئصال الغار . لكن إذا أخذ بعين الاعتبار نسبة الوفيات عند إعادة العمل الجراحي لأجل النزف فقد تكون الخطورة النهائية متقاربة بين العمليتين المذكورتين م(٣١).

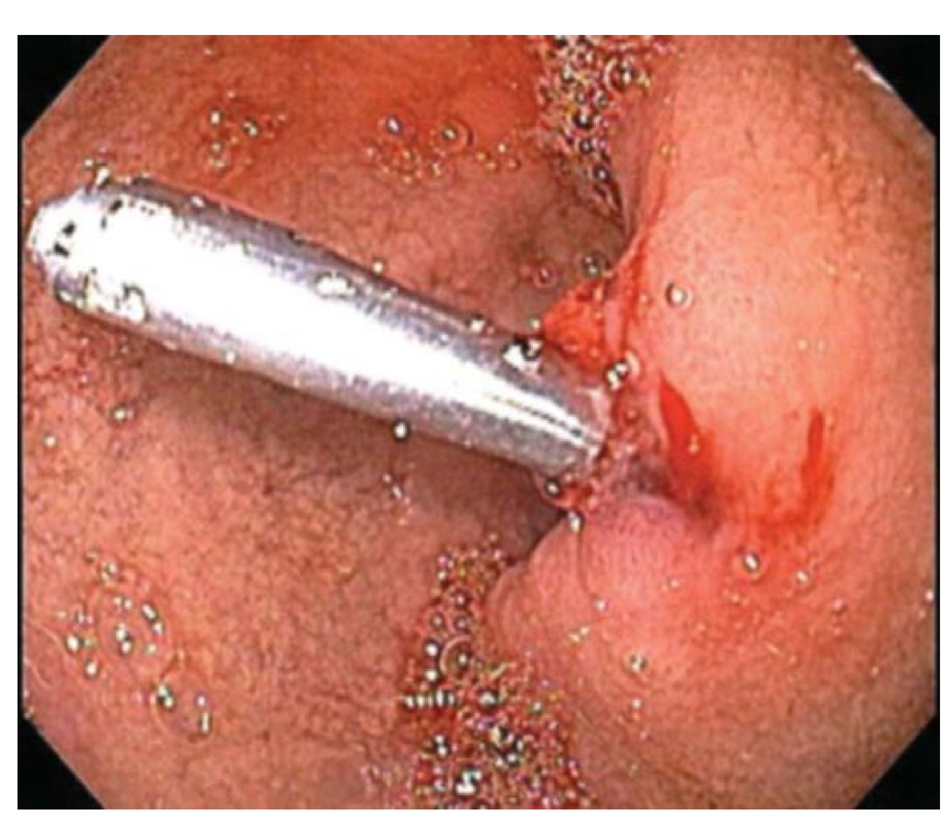
لكن في المرضى المصدومين أو غير المستقرين من الناحية الداخلية (قلبياً –صدرياً) يجب ألا يخضعوا لاستئصال المعدة (لإجراءات استئصاليه)

إن شق عبر عضلة البواب يسمح بالدخول إلى قرحة العفج الخلفية النازفة و إجراء مناورة كوشر سريعة تسمح للجراح بالسيطرة على النزف بيده اليسرى إذا دعت الضرورة . قطب ثخينة بشكل حرف U توضع لإغلاق الوعاء النازف في قعر القرحة و عادة نحتاج قطب عديدة حالما يشعر الجراح بأن الإرقاء قد تم بشكل مضمون .

يمكن أن يتم إجراء تصنيع البواب. وإن إجراء قطع مبهمين جذعي يكمل العمل الجراحي،

إذا تم اختيار قطع المبهم و قطع الغار V+A فإن القرحات الأصغر يتم استئصالها مع الغار ولكن القرحات الكبرى العفجية النازفة تترك في جذمور العفج في هذه الحالة فإن قطب ارقائية توضع قبل إغلاق جذمور العفج حيث تتم خياطة الجدار الأمامي للعفج المفتوح إلى الشفة القريبة أو البعيدة للقرحة الخلفية .

حالما تتم خياطة الوعاء النازف . يمكن أن يدعم العفج المخاط بالثرب ويجب تخفيف الضغط بالعفج عبر تفميم عفج جانبي أو عبر أنبوب صائمي راجع . إن استخدام تفميم صائم للتغذية يمكن أيضاً أن يؤخذ بالاعتبار. إن المفاغرة B 2 هي المفضلة كونها تتجنب تحريك العفج المفرط عند استخدام العملية B1 كما أن B 2 تجنب القرحة العفجية من التعرض للحمض المعدي .



قرحة نازفة مع كليبس معدني مطبق على الوعاء

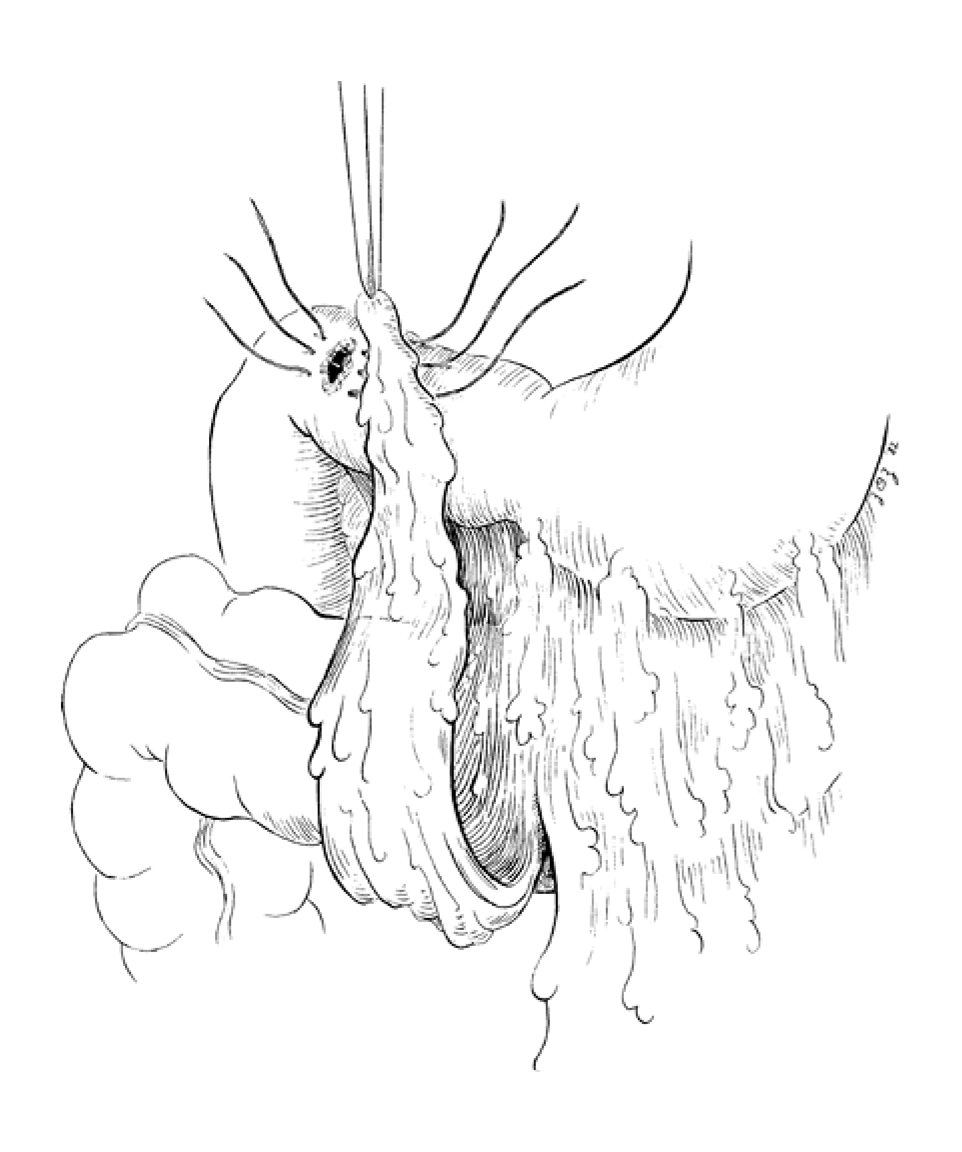
القرحة المعدية النازفة :تميل القرحة المعدية النازفة للحدوث عند المرضى الأكبر سناً ولديهم أمراض مرافقة متعددة وهذا ما يزيد خطورة الجراحة وعلى الرغم من أن هذا شكل عذراً لعدم التداخل مبكراً لدى هؤلاء المرضى ولكن الخبرة تظهر أن الجراحة المخطط لها (انتقائية) لدى مريض منعش تعطي نتائج أفضل من الجراحة الإسعافية لدى مريض تجدد النزف لديه وهو بحالة صدمة م(٣٠).

المرضى الذين لديهم قرحة معدية نازفة و الذين احتاجوا لنقل أكثر من ٦ وحدات و الذين يأتون بحال صدمة هم الأكثر احتمالاً للحاجة إلى تداخل جراحي و تنظيرياً تميل قرحاتهم للتوضع على الإنحناء الصغير مع الصورة التقليدية التنظيرية لقرحة نازفة حديثاً .

العملية المختارة هي استئصال معدة بعيد متضمناً القرحة النازفة . و الإجراء الثاني المفضل هو قطع المبهم و التصريف مع خياطة و أخذ خزعة من القرحة النازفة .

الخيار البديل لدى المرضى عاليي الخطورة هي خياطة النزف تليه معالجة طويلة الأمد بمثبطات الحمض طبعاً مع أخذ خزعة كون شبح التسرطن يبقى دوماً موجود في قرحة المعدة سواء نزفت أو لا.م (١٢)

الإنثقاب :



هو الإختلاط الثاني الأشيع للقرحة الهضمية وكما في نزف القرحة الهضمية فإن NSAIDS مرتبط بشكل مؤكد بالقرحة الهضمية المثقوبة و خاصة لدى المسنين

أكثر من ٢٠% من المرضى فوق ٦٠ سنة الذين يأتون بقرحة هضمية مثقوبة لديهم قصة تناول NSAIDS

وقت الإنثقاب، م (٢٣) وفيات القرحة المعدية المثقوبة أكبر منها للقرحة العفجية المثقوبة و الجراحة دوماً مستطبةتقريباً علماً بأن المرضى المنتقين الذين ليس لديهم التهاب بريتوان وقد أثبتت الدراسات الشعاعية انغلاق الثقب ممكن مراقبتهم.م(٨)

إن المرضى الذين لديهم فقد دم هضمي مزمن أو حاد يجب أن يشك أن لديهم قرحة Kissing

خلفية .

الخيارات الجراحية أمام القرحة العفجية المثقوبة هي إغلاق بسيط برقعة ثربية أو إغلاق برقعة مع H.S.V

أو إغلاق برقعة مع قطع مبهم و إجراء تصريفي.

يجري الإغلاق البسيط بالرقعةفقط (لوحده) لدى المرضى غير المستقرين هيموديناميكياً أو لدى المرضى الذين لديهم التهاب بريتوان مع نتحة مشيرة إلى اثقاب قديم > من ٢٤ ساعة بينما كل باقي المرضى يجب إضافة عمل جراحي محدد للقرحة (إما H.S.V أو V+D) ودراسات عديدة أظهرت أن نسبة الوفيات مهملة عند استخدام هذه المقاربة . رغم أنه في U.S و أوروبا الغربية هناك ميل للإبتعاد عن العمل الجراحي الخاص للقرحة العفجية المثقوبة ، لكن يبقى من المفيد إضافة H.S.V لمعظم المرضى المستقرين الذين لديهم قرحة عفجية مثقوبة . خاصة أولئك الذين لديهم قصة قرحة مزمنة . و الذين من غير المتوقع مطاوعتهم لعلاج H.P أو الذين سيحتاجون NSAIDS .م (٨)

قبل عصر H.P كان فقط ٣٠ % من المرضى المصابين بقرحة مثقوبة عفجية و المعالجين بالرقعة الثربية البسيطة يحصلون على نتائج جيدة على المدى الطويل . لكن حالياً فإن الإغلاق البسيط للقرحة العفجية المثقوبة يمكن أن يعطي نتائج مرضية فيما إذا تم علاج H.P بنجاح (٧٥ % من المرضى يحصلون على نتائج طويلة الأمد جيدة)

إنه من الصعب أحياناً أن نحدد حالة الإصابة بH.P لدى المصاب بالقرحة العفجية المثقوبة الإسعافية ومن المشكوك فيه فيما إذا كان أولئك المرضى سيقبلون بالمعالجة المضادة لH.P فيما بعد . لذلك من غير المعقول اعتبار أن الإصابة المحتملة ب H.P عذراً لعدم إجراء عمل جراحي خاص بالقرحة إضافة للرقعة البسيطة.

الإصلاح عبر الرقعة البسيطة بالتنظير (دخول البطن بالمنظار و إصلاح الرقعة) يجري حالياً دون إضافة عمل جراحي للقرحة لكن ربما يكون H.S.Vتنظيرياً منصوح به لدى هؤلاء المرضى ذوي الأعراض المعندة و الناكسة .م (١٣)

كذلك الأمر فإن القرحة المعدية المثقوبة تحمل نسبة وفيات أعلى من قرحة العفج المثقوبة (١٠ % عفجية) و (٤٠ % معدية) و السبب كبر حجم المعدة و زيادة أعمار المرضى بها و الأمراض الداخلية المرافقة

و التأخر بتلقي العلاج الطبي . إن قرحة المعدة المثقوبة تترافق بإستخدام NSAIDS وبالتدخين

جميع القرحات المعدية المثقوبة أفضل ما تعالج بإستئصال المعدة البعيد مع أو دون قطع المبهم الجذعي و عادة يستخدم قطع المبهم عندما يكون لدينا قرحات معدية من النمط الثاني و الثالث

العمليات البديلة هي إغلاق بالرقعة مع أخذ خزعات أو استئصال القرحة و الإغلاق مع أخذ خزعات و قطع مبهم جذعي و إجراء تصريفي

جميع قرحات المعدة المثقوبة يجب أن يؤخذ منها خزعات و حتى قرحات ما قبل البواب

H.S.V لا يستخدم لأجل القرحات المعدية المثقوبة .م (٢٤)

الإغلاق بالرقعة البسيطة ثبت أن له أقل نسبة اختلاط على المدى قصير الأمد (٥%) ولكن أعلى نكس للقرحة (١٠%) من استئصال المعدة البعيد الذي أيضاً يستأصل H.P وهذا ممكن جزئياً أن يفسر هذه النسب و آخرون ذكروا نسب نكس أقل عند الإغلاق البسيط باستخدام الرقعة مع معالجة فعالة مضادة ل H.P فيما بعد



الهلال الغازي تحت الحجاب

الانسداد :

حالياً انسداد مخرج المعدة هو أقل الإستطبابات تواردا ً لأجل التداخل الجراحي للقرحة الهضمية م (٨-٩).

القرحات الحادة المترافقة مع انسداد ناجم عن الوذمة أو سوء الوظيفة الحركية ممكن أن تستجيب للمعالجة المضادة للإفراز الحمضي مع تخفيف الضغط عبر الأنبوب الأفقي المعدي م(current).

لكن معظم المرضى ذوي الانسداد المزمن بسبب القرحة سيحتاجون شكلا ً من أشكال التداخل الجراحي . التوسيع بالبالون تنظيريا ً يحسن الأعراض الإنسدادية بشكل عابر .

لكن الكثير من هؤلاء المرضى سيحتاج العمل الجراحي في النهاية . حتى الذين نجح لديهم التوسع في البداية نصفهم على الأقل سيحتاج عمل جراحي لأجل الإنسداد ناكس عادةً

رغم أن البعض يعتبر أن نجاح علاج ال H.P يساعد في إنجاح التوسيع بالبالون لكن حتى هؤلاء سيحتاجون فيالنهاية عملا ً جراحيا ً و العديد أيضا ً من مرضى انسداد مخرج المعدةليس لديهم أصلا ً خمج بالH.P .

العمليات الأشيع لعلاج انسداد مخرج المعدة هي قطع المبهم و قطع الغار وقطع المبهم مع التصريف V+D إن H.S.V مع تصريف مشابه لV+A في هذه الحالة .م(١٤)

إن H.S.V مع مفاغرة معدية صائمية هي عملية جيدة للانسداد ويمكن إجراؤها تنظيريا ً كما أنها لا تزيد في صعوبة الإستئصال المستقبلي المحتمل إذا دعت الحاجة .

وأيضا ً جميع قرحات المعدة السادة يجب أخذ خزعات منها ، إذا لم تستأصل

تعنيد أو عدم شفاء القرحة(م ٣١ -٢٨) :

هذايعتبر حقا ً استطباب نادر للجراحة المجراة في أيامنا هذه لأجل القرحة الهضمية . المريض المحول للتقييم الجراحي بسبب قرحة هضمية معندة يجب أن يثير الشك لدى الجراح .

إن H.P يمكن القضاء عليها و الإفراز الحمضي يمكن تثبيطه بالكامل بواسطة الأدوية الحديثة لذلك يبقى السؤال لماذا يبقى المريض على استعداد للإصابة بالقرحة .

تجرى الجراحة للقرحة التي لا تشفى و المعندة لدى المرضى الذين تنكس القرحة لديهم بشكل متكرر أو لدى المرضى ذوي القرحات الكبيرة أي الأكبر من ٢سم ولدى المرضى ذوي اختلاطا تقرحية مرافقة (نزف - انثقاب – انسداد) و لدى المرضى الذين يشتبه لديهم بالتسرطن .

مرضى القرحة اليوم مختلفين عن المرضى القرحيين ل ٣-٤ عقود الماضية لأن المعالجة الطبية الحديثة تشفي معظم القرحات ، و أن القرحات المعنفعلاً و التي لا تشفى دوائياً ستكون صعبة أيضاً و غالباً ما تسبب مشاكل مزمنة بعد العمل الجراحي الكبير بقصد شفائها.

الجراحة المفضلة لدى مرضى القرحات العفجية المعندة هي H.S.V أما مرضى القرحات المعدية المعندة فإن الجراحة المفضلة هي H.S.V مع استئصال إسفيني للقرحة ، و إلا فإن استئصال معدة بعيد متضمناً القرحة يكون منصوحاً به.

من غير الضروري قطع المبهم بالقرحات من النمط الأول و الرابع م (٣١)

لكن القرحات القريبة من الوصل المعدي المريئي النمط الرابع صعبة المعالجة بطريقة الاستئصال وهناك

عدة تقنيات استخدمت لأجل هذا النمط من القرحات مثل عملية csendes (استئصال معدة تحت تام مع مفاغرة Roux.en y) لأجل قرحات النمط الرابع م (٢٨).

وعملية panchet وهي استئصال الغار مع استئصال القرحة النمط الرابع .م(٢٨).

وعملية Kelling Madlener لإستئصال الغار و القرحة من النمط الأول (الثلمة الزاوية) .م(٢٨)

متلازمة زولينجر أليسون(٣٣-٣٤) :

تنجم متلازمة زولينجر أليسون ZES عن إفراز غير مضبوط لكميات غير طبيعية من الغاسترين من قبل ورم غدي عصبي بنكرياسي أو عفجي (غاسترينوما) ، معظم الحالات ٨٠% إفرادية ولكن ٢٠% موروثة . النمط الموروث أو العائلي يترافق مع أورام الغدد الصم المتعددة (MENI) و التي تتألف من أورام جارة الدرقية – الغدة النخامية – البنكرياسية (أو عفجية) و إن الغاستيروما هو أشيع ورم بنكرياسي في مرضى MENI .

المرضى المصابون ب MENI عادة لديهم غاسترينوما متعددة وعادة الشفاء الجراحي غير ممكن . الغاسترينوما الإفرادية غالباً ما تكون مفردة وتعنو للمعالجة الجراحية ، إن ٥٠% من الغاسترينوما خبيث حيث تكون قد أعطت نقائل للعقد أو للكبد أو للأعضاء البعيدة وقت التشخيص ، البقيا لخمس سنوات عند المرضى الذين لديهم داء انتقالي هي تقريباً ٤٠% .م (٣٣).

أشيع أعراض ZES هي الألم الشرسوفي و القلس المعدي المريئي و الإسهال ، العمر الوسطي عند الشخص هو ٥٠ سنة و أكثر من ٩٠%من المرضى الذين لديهم غاسترينوما لديهم قرحات هضمية . معظم القرحات هي بالموقع النموذجي (العفج القريب) ولكن مصادفة موقع للقرحة غير نموذجي (العفج البعيد – الصائم أو القرحات المتعددة) يجب أن يبرر الإستقصاء لتقييم وجود الغاسترينوما

يجب أن نفكر بالغاسترينوما عند ملاحظة قرحات ناكسة أو معندة مع اسهال و ضخامة ثنيات المعدة و التهاب مري مع تضيق ، قرحة عائلية ، قرحة متقدمة أو نازفة و قرحة في سياق فرط كلس الدم

فرط الغاسترين مع ارتفاع BAO (ارتفاع الحمض القاعدي) يقترح تشخيص الغاسترينوما.م (٣٤).

وبرغم هذه الخطوط العريضة البسيطة نسبياً فإن معظم مرضى الغاسترينوما يبقون عرضيين لعدة سنوات قبل التشخيص

في المرضى المعالجين بمضادات الإفراز يجب إيقاف الأدوية لعدة أيام قبل معايرة الغاسترين في المصل.

<u>أسباب فرط الغاسترين</u> يمكن أن تقسم إلى تلك المترافقة مع فرط الحمض وتلك المترافقة مع نقص الحمض

إن تشخيص ZES يثبت باختبار التحريض بالسكرتين حيث تعطى دفشة وريدية بمقدار ٢(وحدة دولية/ كغ)

من السكرتين ويعاير الغاسترين بالدم قبل و بعد الدفشة فإذا حدثت زيادة بالغاسترين بمقدار ٢٠٠ بيكوغرام /ملي ليتر أو أكثر فإن هذا يقرر وجود الغاسترينوما .

اختبارات محرضة أخرى مثل التحريض بالكالسيوم أو الوجبة المعيارية هي غالباً غير ضرورية

إن مرضى الغاسترينوما يجب أن يفحص لديهم مستويات الكالسيوم و هرمونات جارات الدرق لفي MENI

٨٠% من الأورام البدنية تشاهد في مثلث الغاسترينوما ، و الكثير منها أقل من ١سم مما يجعل تحديد موضعها قبل الجراحة صعباً وإن الإيكو عبر جدار البطن نوعي لكنه غير حساس كثيراً

يستطيع الطبقي المحوري أن يتحرى معظم الأفات الأكبر من ٢سم بالحجم وكذلك الأمر بالمرنان لكن الأيكو عبر التنظير الباطني هو أكثر حساسية من غيره من الإستقصاءات غير الغازية ولكنه مع ذلك يغفل العديد من الأورام الصغيرة ويمكن أن يلتبس بين الغاسترينوما و العقد اللمفية الطبيعية

حالياً الطريقة المنتخبة للغاسترينوما (التصويرية) هي ومضان مستقبلات السوماتوستاتين (SRS)أو الأوكتريوئيد حيثعندما يكون احتمال الغاسترينوما كبيراً فإن الحساسية و النوعية لهذه الوسيلة الإستقصائية تقارب ١٠٠% .م (٣٣)

تمتلك خلايا الغاسترينوما مستقبلات السوماتوستاتين نمط ٢ و التي تربط الأنديوم الموسوم (مماثل السوماتوستاتين) الأكثريوتيد بجاذبية عالية مما يجعل التصوير بالغاما كاميرا ممكناً .

حالياً دراسات تحديد الموضع بتصوير الأوعية تجري بشكل قليل التوارد للغاسترينوما ، كل من تصوير الأوعية و أخذ عينات وريدية انتقائية من الجملة البابية تحت إضافة التحريض الانتقائي بالسيكرتين معا مما يساعد بتحديد مكان الورم داخل أو خارج مثلث الغاسترينوما

في هذا الإختبار توضع قثطرة شريانية في أحد الشرايين الكبيرة المغذية للبنكرياس و قثطرة وريدية توضع بالوريد الكبدي يتم حقن السيكريتين في الشريان الحشوي ويتم معايرة الغاسترين في عينة الوريد الكبدي

إن ارتفاعاً هاماً في غاسترين الوريد الكبدي يشير إلى أن الورم يغذى بالوعاء المحقون به

وقد تكون أدق طريقة لتحديد الغاسترينوما هي الفتح الجراحي و الأستقصاء

جميع المرضى المصابين بغاسترينوما فرادية (غير عائلية) يجب أخذ الجراحة بعين الأعتبار للإستئصال وربما الشفاء

يجب أن يحدد مكان الآفة في ٩٠% من المرضى و ٦٠% يشفون باستئصال الغاسترينوما .م (٣٤_١٣)

استقصاء كامل أثناء الجراحة لمثلث الغاسترينوما و للبنكرياس هو أساسي ولكن المواقع الأخرى (العقد اللمفية – الكبد – المعدة – الأمعاء الدقيقة – المساريق و الحوض) يجب استقصائها كجزء من التقييم داخل البطن الكامل لإيجاد الورم البدئي و الذي هو عادة مفرد

العفج و البنكرياس يجب تحريكهما بشكل واسع ويجب استخدام الإيكو أثناء الجراحة

التنظير الباطني الهضمي العلوي أثناء الجراحة مع إمكانية الإنارة ضمن اللمعة يجب أيضاً أخذه بعين الاعتبار يجب أخذ عينات من العقد اللمفية البابية و حول البنكرياس و حول الزلاقي

كما يمكن الأخذ بعين الاعتبار إمكانية استئصال الإنتقال الكبدي

إن تدبير الغاسترينوما عند مرضى MENI هو موضع جدل لأنه نادراً ما يشفى هؤلاء بالجراحة وتميل هذه الأورام لأن تكون صغيرة و عديدة .

إذا كان بالإمكان إجراء تصوير للورم قبل الجراحة فإن الجراحة من قبل جراح متمرس معقولة

فرط الإفراز الحمضي عند مرضى الغاسترينوما يمكن تدبيره دوماً بجرعات عالية من مثبطات الحمض

إن قطع المبهم فائق الإنتقاء HSV قد يجعل تدبير الغاسترينوما أسهل ويجب أخذه بعين الاعتبار عند المرضى الذين لديهم غاسترينوما غير القابلة للإستئصال أو غير قابلة للمعالجة .م (٣٣)

الدراسة العملية

هدف البحث: دراسة إحصائية لتوزع اختلاطات القرحة المعدية و العفجية بحسب عوامل خطورة محددة و إيضاح دور الجراحة المجراة لكل اختلاط على حدة ثم مقارنة نتائج الجراحة المجراة لتدبير هذه الاختلاطات مع نتائج الدراسات العالمية.

العينة و طريقة الدراسة:

تمت الدراسة على ٩٨ مريض تم التداخل الجراحي عليهم في الفترة بين عام ٢٠٠٧-٢٠٠٩ في مشافي جامعة دمشق وذلك لتدبير الاختلاط الجراحي للقرحة السليمة في المعدة و العفج . تم توزيع المرضى إلى ثلاث مجموعات بحسب الاختلاط الذي تطلب تداخلا جراحيا .

(٨٦ مريض انثقاب /٨ مرضى نزف /٤ مرضى انسداد) حيث تم جمع المعطيات ثم دراستها و تحليلها حسب اهداف البحث و ذلك للوصول إلى نتائج مجدية و ذات دلائل تفيدنا في تعديل ممارستنا او استنتاج توصيات تتناسب مع واقع ممارستنا

تم استثناء مرضى القرحات المختلطة الورمية فالتداخل الجراحي يخضع لمعايير مختلفة كليا في مثل هذه الحالات مما يشوب دقة الدراسة الهادفة أساسا لدراسة الاختلاطات الجراحية للقرحة السليمة

كما تم استثناء المرضى الخاضعين مسبقا لتداخلات جراحية على المعدة و العفج كون الألية مختلفة عن حالات الداء القرحي المعتادة والاستطباب الجراحي بالتالي مختلف أيضا

<u>أولاً: التوزع بحسب الجنس و العمر</u>

تمت مقارنة الإختلاطات بين الجنسين وذلك

بشكل مطلق -------------------- شكل (١)

حسب الأختلاط ------------------ شكل (٢)

حسب العمر -------------------- شكل (٣)

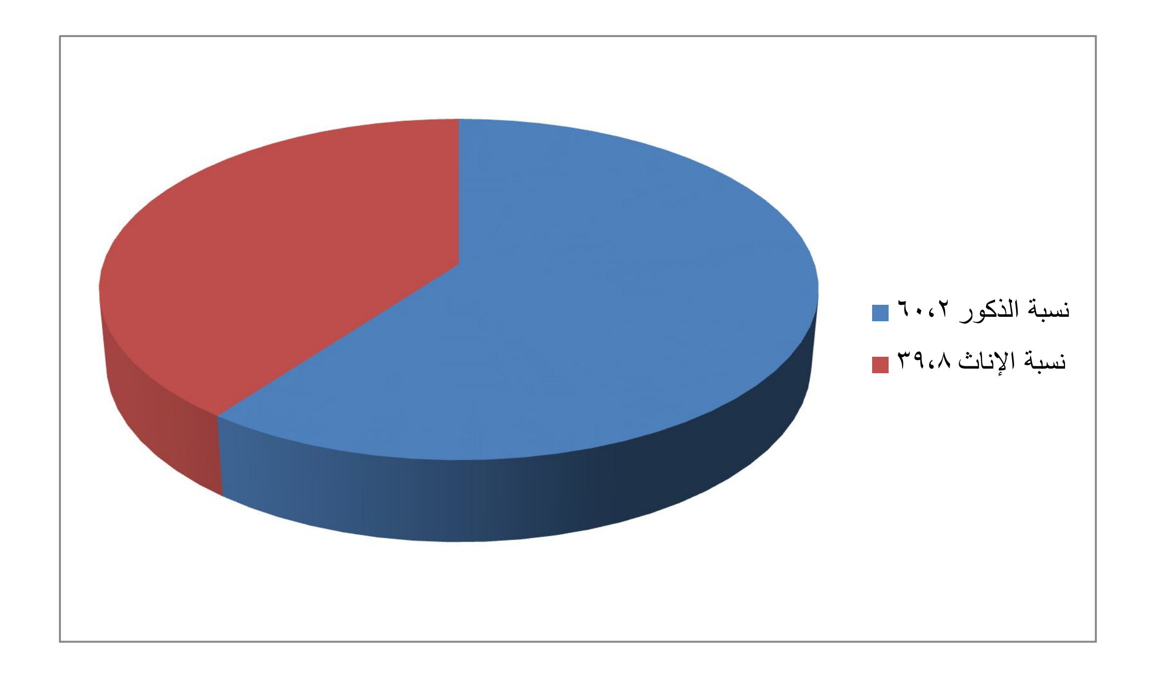
المقارنة البيانية مع نتائج التوزيع حسب الجنس و العمر في الدراسات العالمية

- الدراسة حسب الجنس بشكل مطلق :

الجنس	عدد المرضى المصابين باختلاط قرحي جراحي	النسبة المئوية
ذكور	٥٩	٦٠،٢ %

إناث	٣٩	٣٩،٨ %
الإجمالي	٩٨	١٠٠ %

يظهر الجدول توزع المرضى بحسب الجنس



الشكل (١)

حسب الاختلاط الحادث

الاختلاط	الجنس	العدد	النسبة المئوية
اثقاب	ذكور	٥٠	٥١،٠٢ %
	إناث	٣٦	٣٦،٧٣ %
نزف	ذكور	٦	٦،١٢ %
	إناث	٢	٢،٠٤ %
انسداد	ذكور	٣	٣،٠٦ %
	إناث	١	١،٠٢ %
الإجمالي		٩٨	١٠٠ %

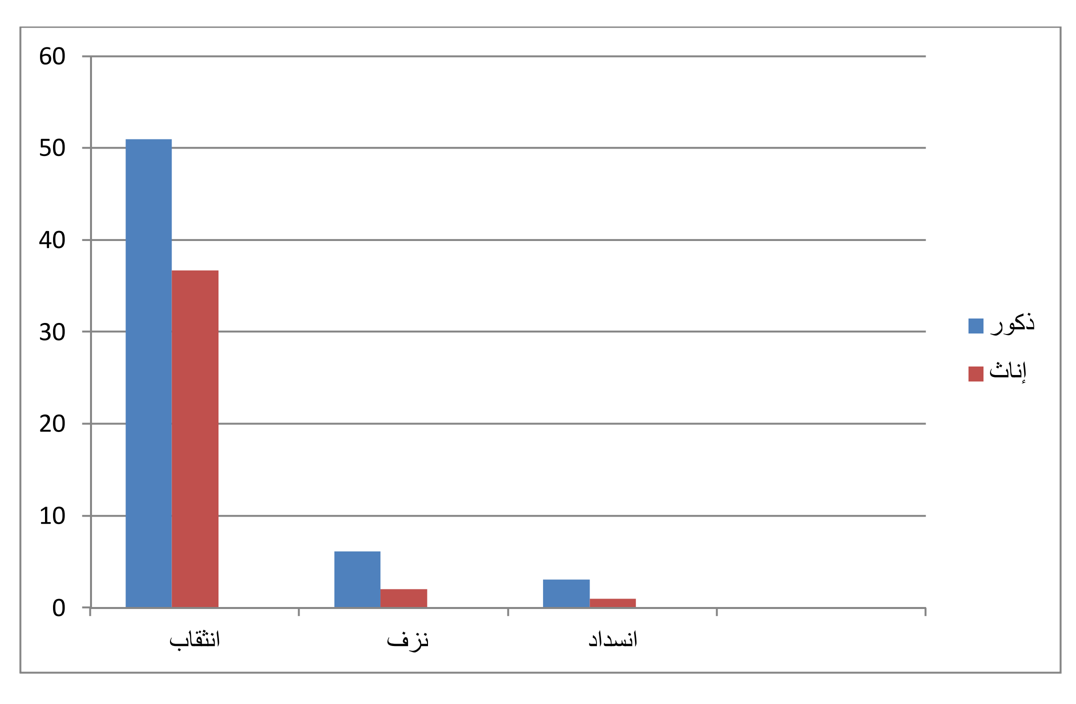
يظهر الجدول توزع المرضى بحسب الجنس وبحسب الاختلاط الحادث

نقارن هنا نسبة الذكور إلى الإناث عند مرضى الإنثقاب بين دراستنا و دراسة LAMA التي نشرت في أيار ٢٠٠٥ و تضمنت ١٠١ مريضاً في ٩ مراكز من هولندا عولجوا لأجل اثقاب قرحة إما تنظيراً أو

بالفتح الجراحي و كانت نسبة الإناث ٤٠ % و نسبة الذكور ٦٠ % في دراسة ال LAMA أما لدينا مرضى الإنثقاب ٨٦مريضاً (الذكور ٥٨% والاناث ٤٢%) لاحظ الجدول السابق .

_ أما الان نقارن نسب الجنسين بحسب كل اختلاط :

كما نلاحظ بالمخطط:

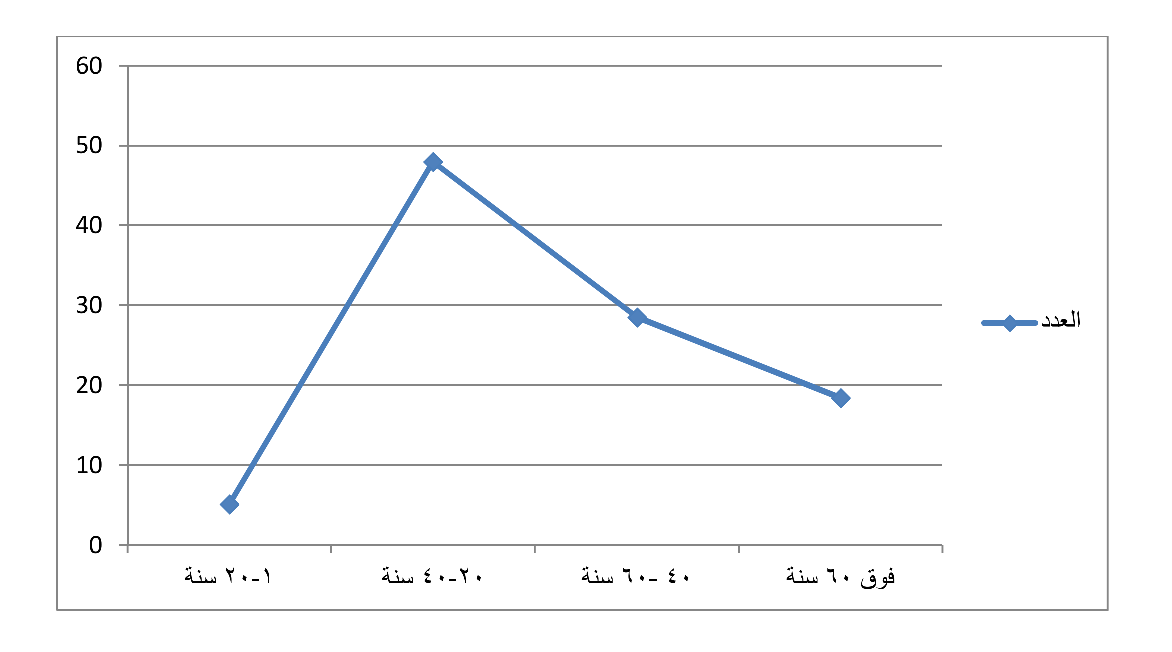


الشكل (٢)

المقارنة بتوزع المرضى حسب العمر (جميع المرضى بجميع الإختلاطات)

العمر	عدد الحالات	النسبة
١-٢٠ سنة	٥	٥،١ %
٢٠-٤٠ سنة	٤٧	٤٨ %
٤٠-٦٠ سنة	٢٨	٢٨،٥ %
> ٦٠ سنة	١٨	١٨،٤ %

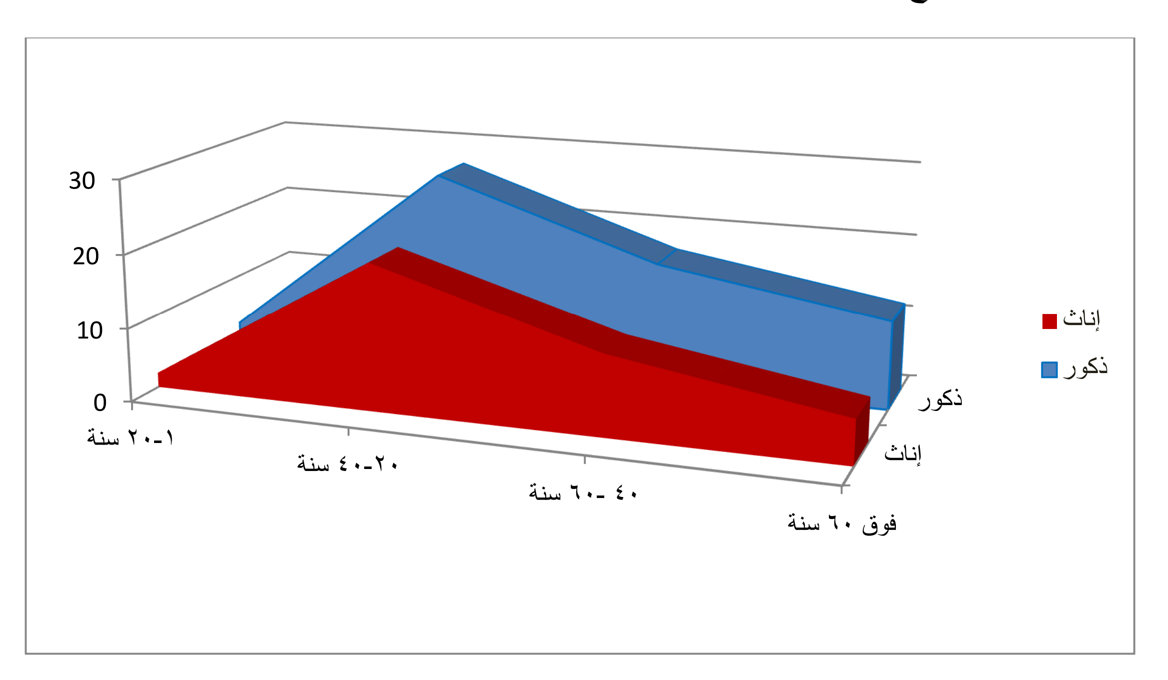
يظهر الجدول توزع المرضى بحسب الفئات العمرية



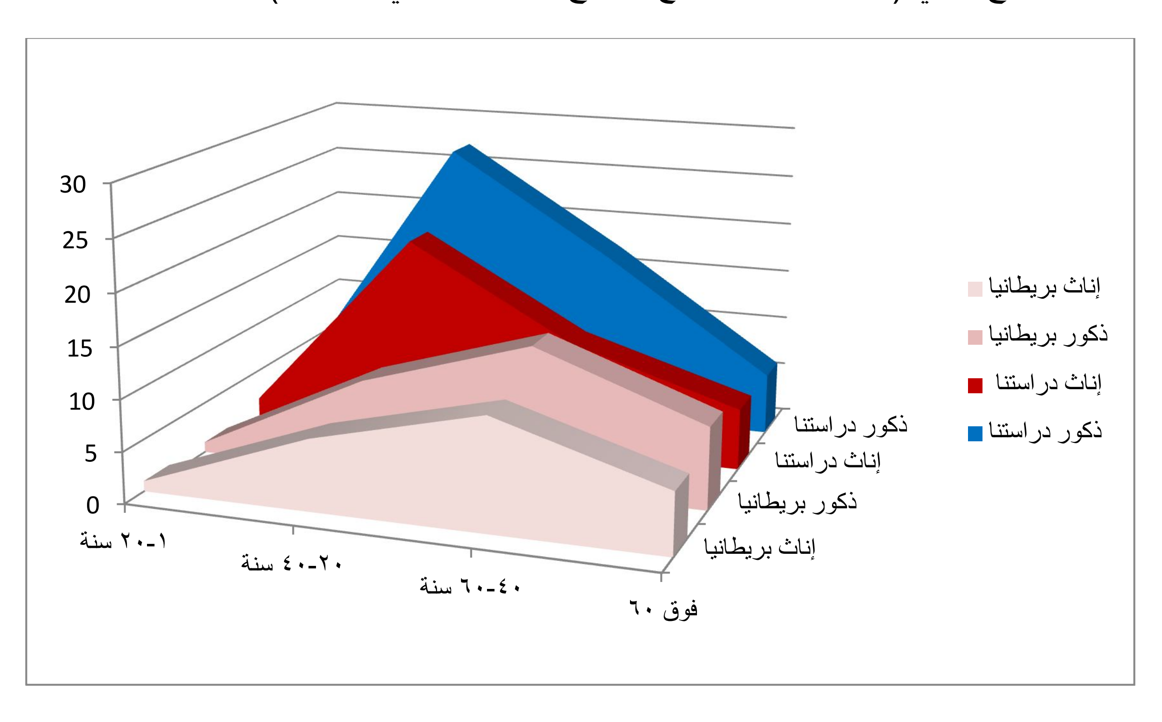
التوزع حسب الأعمار و الجنس

الأعمار	ذكور		إناث	
	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية
١-٢٠ سنة	٣	٣ %	٢	٢ %
٢٠-٤٠ سنة	٢٧	٢٧ %	٢٠	٢٠ %
٤٠-٦٠ سنة	١٧	١٧ %	١١	١١ %
فوق ٦٠ سنة	١٢	١٢ %	٦	٦ %

يظهر الجدول توزع المرضى بحسب العمر و الجنس



و للمقارنة مع توزع العمر و الجنس عالمياً فقد تمت المقارنة مع دراسة بريطانية (م٤٠) الأمر الذي أظهر التوزع التالي (المقارنة مباشرة مع التوزع سابق الذكر في دراستنا)



أما النسبة بين الذكور و الإناث فقد كانت المقارنة بيننا و بين الدراسات العالمية متقاربة

عالمياً	إناث / ذكور	١/١،٢
دراستنا	إناث /ذكور	١/١،٥

يظهر الجدول مقارنة إصابة الإناث إلى الذكوربين دراستنا و الدراسات العالمية

ومما هو ملاحظ هنا غلبة إصابة الرجال باختلاط الداء القرحي في كافة الأعمار كما يلاحظ وجود ذروة للإصابة لدينا باختلاط الداء القرحي هي بين ٢٠-٤٠ سنة وهذا عائد بمعظمه لحالات الإنثقاب المتزايد تواردها لدى الشباب (خاصة الذكور) .

إضافة لما سبق نلاحظ انزياح عام في تركيز الإختلاطات لدى المجموعات العمرية المتقدمة ضمن المجتمعات الغربية . حيث تكون الإختلاطات لدى فئاتهم العمرية الأصغر من ٣٠ سنة قليلة مقارنة بما هو لدينا كما نلاحظ من خلال المخطط تشابه كبير في ميل المنحني بين الذكور و الإناث لدينا حسب الفئة العمرية و كذلك يتشابه ميل المنحني لدى المجموعات المتقاربة بين الذكور و الإناث في المجتمعات الغربية قد يكون سبب ازدياد الإصابة في الأعمار المبكرة لدينا و خاصة الذكور مرتبط بنمط الحياة لدينا و لشدة النفسية التي غالباً ما تكون متركزة ضمن هذه الفئة العمرية لدينا .

نلاحظ التقارب بين نسب إصابة الذكور و الإناث لدى مرضى الإنثقاب حصراً بين دراستناً وبين دراسة LAMA .

المرضى	ذكور	إناث
دراستنا	٦٠%	٤٠%

الدراسة الهولندية	٥٨%	٤٢%

يظهر الجدول مقارنة بين نسب الذكور و الإناث بين دراستنا و الدراسة الهولندية

التوزع بحسب مكان القرحة المختلط و المقارنة مع دراسة LAMA

تم الاستدلال على موقع القرحة المختلطة لدى مرضى الإنثقاب من خلال موقع الإنثقاب أثناء الكشف الجراحي وكذلك الأمر عند فتح المعدة و العفج طولياً قبل و بعد البواب عند مرضى النزف

أما مرضى الانسداد فقد كانت القرحات المزمنة التي سببت انسداداً متوضعة في جميع حالات الانسداد التي تم إحصاؤها (٤ حالات) في بصلة العفج وذلك من خلال تقارير التنظير الهضمي العلوي لدى مرضى الانسداد الذين كانوا يراجعون العيادات بدلاً من الإسعاف بشكوى اقياء المواد الصلبة التدريجي (بدلاً من الحاد و المفاجئ)

الاختلاط	موقع القرحة	عدد الحالات
الإنثقاب	قبل البواب	٣٦
	البواب	١٨
	بعد البواب	٣٠
	على الوجه الخلفي للمعدة (قبل البواب)	٢
النزف	عفجية	٦
	عفجية – قبل البواب	٢
الانسداد	عفجية (بصلة البواب)	٤

يظهر الجدول مكان القرحة المختلطة

لم يكن هناك تقييم دقيق في أغلب الأحيان لحجم الثقب عند مرضى الإنثقاب و أحياناً لم يكن يذكر في سجلاتنا بتاتاً قياس الثقب بينما هو وسطياً في دراسة ال LAMA حوالي ١٠ ملم

المقارنة بين دراستنا لمرضى الإنثقاب (٩٨ مريض اثقاب) ودراسة ال LAMA (التي تضمنت ١٠١ مريضاً)

	دراستنا	LAMA
اثقاب قبل البواب	٤١،٨ %	٤٠،٥٩ %
اثقاب البواب	٢٠،٩ %	٢١ %
اثقاب بعد البواب (بصلة)	٣٤،٨٨ %	٣٣،٦٦ %
اثقاب على الوجه الخلفي للمعدة	٢،٣٢ %	٤ %

يظهر الجدول مقارنة بين دراستنا و الدراسة الهولندية لمكان الانثقاب

نلاحظ حدوث تقارب شديد بين دراستنا و دراسة ال LAMA لمكان الإنثقاب

أما بالنسبة لمرضى القرحة النازفة الجراحية (التي تم التداخل عليها) وهم ٨ حالات فقد كان السبب في ٦ مرضى وعاء نازف على الوجه الخلفي للبصلة في قعر القرحة و في حالتين نزف من قرحة البصلة (الوجه الخلفي) إضافة لقرحات بمنطقة قبل البواب مشاركة لقرحة العفج

و بذلك تكون النسبة في دراستنا ٧٥ % قرحات عفجية

٢٥ % مشاركة عفجية معدية

بالمقارنة مع دراسة سابقة لدينا في مشفى المواساة عام ٢٠٠١ فقد كانت نسبة قرحات العفج النازفة من بين القرحات الجراحية النازفة هي ٦٦ %

أما بالنسبة للدراسات العالمية فقد كانت عفجية في ٧٠ % من الحالات

وجود السوابق القرحية :

تمت مراجعة القصص السريرية للمرضى القرحيين الذين خضعوا لتدخل جراحي لإصلاح الاختلاط القرحي و كانت النتيجة كما يلي

	قصة قرحية مثبتة بالتنظير	قصة آلام شرسوفية	لا سوابق قرحية
٨٦ مريض انثقاب	% ١٣	%٣٤	%٥٣
٨ مرضى نزف	% ٧٥	%١٢،٥	% ١٢،٥
٤ مرضى انسداد	%١٠٠	٠	٠
الإجمالي ٩٨ مريض	%٢٢	% ٣١	% ٤٧

يظهر الجدول توزع المرضى بحسب وجود السوابق القرحية



بالمقارنة مع الدراسات الأخرى

في دراستنا لم نجد سوابق قرحية عند ٥٣ % من مرضى الإنثقاب .

في حين نسبة المرضى الذين تظاهروا بإنثقاب دون سوابق قرحية بلغت فقط ٢٠ % من ١٧٤ مريضاً درسوا في جامعة Creighton Nebraska omaha كما أفادة دراسة Creighton أن أولئك الذين لديهم أعراض سابقة لحدوث الإنثقاب كانت نسبة الوفيات بينهم أعلى واحتاجوا أكثر من اللاعرضيين لعمل جراحي لاحق للقرحة . (٩%منهم حدث لديهم انثقاب جديد بعد مدة تمتد من ٦ أشهر حتى ٣ سنوات)

بالمقارنة مع دراسة مشفى المواساة السابقة المجراةعام ٢٠٠٢

مرضى الإنثقاب	دراستنا	دراسة العام ٢٠٠٢
دون سوابق	٥٣ %	٣٥ %
مع سوابق قرحية	٤٧ %	٦٥ %

لم نجد قصة قرحية سابقة لدى ٥٣ % من مرضى دراستنا الذين راجعونا بإنثقاب قرحي بينما نجد في دراسة نشرت عام ٢٠٠٠ في مجلة Current Surg أن هذه النسبة ١٠ - ٣٠ %

بالنسبة لمرضى الانسداد بسبب قرحي الذين تم التدخل الجراحي لديهم /٤ حالات /

قسمت مدة الأعراض القرحية السابقة بقصد المقارنة إلى فئتين

مرضى الإنسداد	دراستنا	دراسة بريطانية
< ٩ سنوات	١يقابل (٢٥ %)	٣٨ يقابل (٥٠،٦)
>٩ سنوات	٣ يقابل (٧٥ %)	٣٧ يقابل (٤٩،٤)

يظهر الجدول توزع مرضى الانسداد القرحي بحسب مدة الأعراض القرحية

الدراسة البريطانية هي دراسة قديمة (عام ١٩٨٣) وردت في مقال البروفيسور Harold ELLIR قسم الجراحة في مشفى ويستمنستر / لندن (تضمنت ٧٥ مريض انسداد قرحي)

ويجب أن نذكر أن هذه الدراسة البريطانية كانت قبل تطور العلاجات الحديثة للقرحة الهضمية

العوامل المؤهبة : التدخين - NSAIDS

هناك عوامل (كالقهوة – و الكحول – الكولا – البهارات) لم يثبت دورها في تطور الداء القرحي و العوامل المعتمدة حالياً كعوامل مؤهبة للقرحة و مانعة للشفاء الجيد هي الإنتان بال H.PYLORI و التدخين و NSAIDS و الدراسات ما زالت في طور البحث عن أي نمط من العلاقات بين هذه العوامل

تمت دراسة القصة المرضية لحالات القرحة المختلطة الجراحية الداخلة ضمن دراستنا لمعرفة دور عوامل كالتدخين و NSAIDS في التأهب لحدوث الاختلاط القرحي

التدخين :

تم اعتبار المريض مدخناً عندما كان تدخينه يتجاوز نصف باكيت في اليوم و بناء على ذلك

		مدخن	غير مدخن
انثقاب	ذكور	٥٠/٤١ ٨٢ %	٥٠/٩ ١٨ %
	إناث	٣٦/١٧ ٤٧،٢٢ %	٣٦/١٩ ٥٢،٧٨ %
نزف	ذكور	٦/٥ ٨٣ %	٦/١ ١٧ %
	إناث	٢/٠ ٠ %	٢/٢ ١٠٠ %
انسداد	ذكور	٣/٣ ١٠٠ %	٣/٠ ٠ %
	إناث	١/١ ١٠٠ %	١/٠ ٠ %

يظهر الجدول توزع المرضى المدخنين بحسب كل اختلاط

نسبة الذكور المدخنين ٨٢ % من مرضى الإنثقاب بينما نسبة غير المدخنين ١٨ % بالمقارنة مع دراسة سابقة عام ٢٠٠٢ مشفى المواساة

فإن المدخنين الذكور يشكلون ٨٤ % من مرضى الإنثقاب الذكور وبالنسبة للإناث فقد كانت نسبة المدخنات المصابات بإنثقاب ٤٧ % من مريضات الإنثقاب في دراستنا بينما هي ٣٣% من الدراسة عام ٢٠٠٢ في مشفى المواساة السابقة

تقترح الدراسات العالمية أن المدخنين لديهم ضعف الفرصة لحدوث داء قرحي مقارنة بغير المدخنين

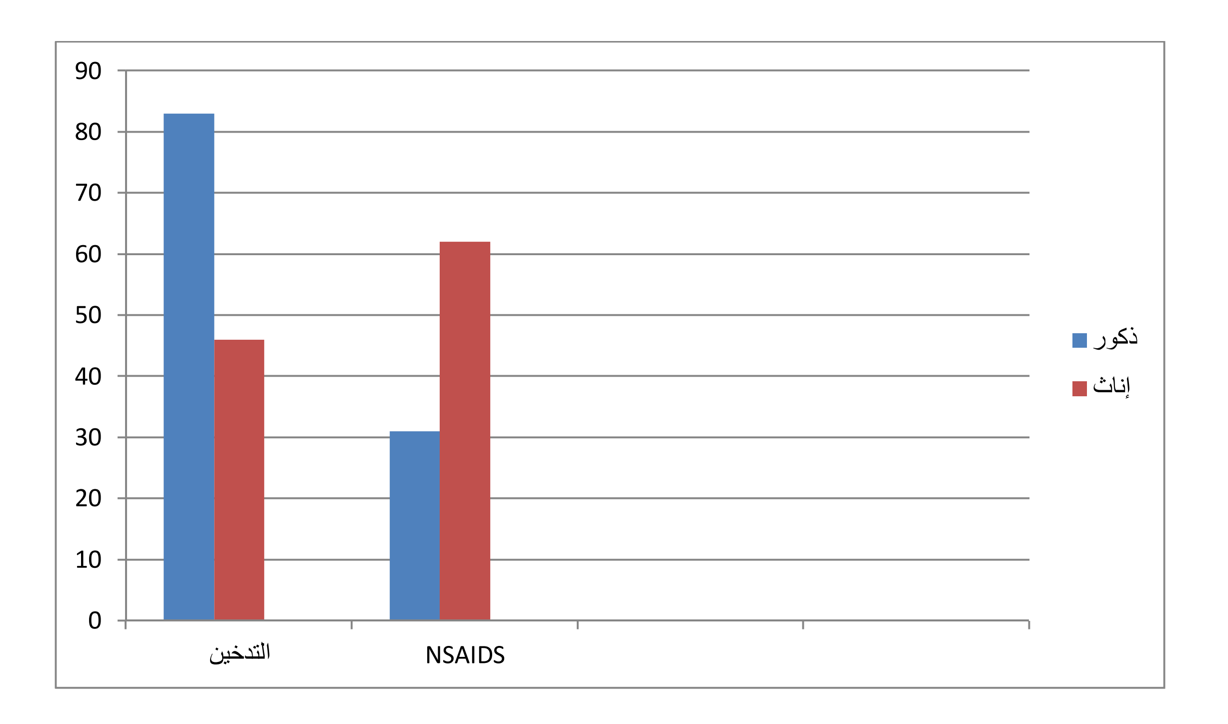
مضادات الالتهابات الستيروئيدية NSAIDS

تم السؤال عند تناول أي من مضادات الالتهاب NSAIDS وخاصة قبل حدوث الاختلاط الجراحي للقرحة فكانت النتائج كما يلي

انثقاب	نزف	انسداد	إجمالي (كل الإختلاطات)
٨٦/٣٨	٨/٤	٤/٠	٩٨/٤٢ (٤٣ %)
٥٠/١٦ ذكور	٦/٢	٣/٠	٥٩/١٨ (٣١ %)
٣٦/٢٢ إناث	٢/٢	١/٠	٣٩/٢٤ (٦٢ %)

يظهر الجدول توزع المرضى المستخدمين لمضادات الالتهاب اللاستيروئيدية بحسب الاختلاط

نلاحظ مما سبق بدراسة دور التدخين و NSAIDSمعاً حسب الجنس بمخطط واحد كالتالي



يظهر هذا المخطط الخطورة البالغة للتدخين عند الذكور و الخطورة البالغة لNSAIDS عند الإناث و الأمر الذي يستحق الذكر هو أهمية التدخين لدينا بشكل يفوق الدراسات العالمية و التي ترجح دور ال NSAIDSكعامل ذو دور مثبت أكثر من التدخين المرجع (٤) (٧)

دور عوامل الخطورة عند مجمل مرضى الإنثقاب في دراستنا وفي دراسة PRESS- MED الفرنسية لعام ١٩٩٥

	NSAIDS	تدخين
الدراسة الحالية	% ٤٤،١٨	% ٦٧،٤٤
الدراسة الفرنسة	% ١٢	% ٦٢

نلاحظ ارتفاع نسب التشارك بين عوامل الخطورة و الإنثقاب في دراستنا عن الدراسة الفرنسية

الاستقصاءات المستخدمة للتشخيص

استخدمت القصة السريرية و صورة الصدر مع إظهار الحجابين لدى معظم مرضى الإنثقاب لإثبات التشخيص بينما كان التنظير الهضمي العلوي هو المشخص لدى جميع مرضى الانسداد القرحي (٤ مرضى)

بالنسبة لمرضى النزف الهضمي العلوي فمعظم الحالات التي تم التداخل عليها (٨/٧) أي حوالي ٨٧،٥ % كانت إسعافية تظاهرت بإقياء مدمى صريح عبر الأنبوب الأنفي المعدي إضافة لهبوط أرقام الخضاب و الهيماتوكريت وعدم استقرار العلامات الحيوية .لم نتمكن من إجراء تنظير هضمي علوي تشخيصي أو علاجي قبل المداخلة كونه تم التداخل على المرضى خارج أوقات الدوام الصباحي لاسيما و أن معظم المرضى خضعوا لإجراء جراحي بسبب تكرر النزف (٨/٦) ونقل الدم الكتلي وعدم الاستقرار الهيموديناميكي

لكن كما ذكرنا فهناك ستة مرضى (٨/٦) لديهم سوابق قرحية و مثبتة بالتنظير ولكنهم كانوا أنهوا العلاج أو أوقفوه تلقائياً .

ملاحظة : هناك أربعة مرضى انثقاب (٥%) تم تشخيصهم أثناء الجراحة حيث كانت CXR طبيعية قبل الجراحة و قد أجرى العمل الجراحي بشق ماك برني بالبداية و بتشخيص التهاب زائدة دودية ولكن تبين بالفتح أن الزائدة الدودية طبيعية مع وجود مفرزات معدية و عفجية ضمن جوف البطن مما تطلب استقصاء أوسع تبين من خلاله وجود انثقاب قرحة

أود أن أذكر هنا دراسة إحصائية صادرة عن قسم الجراحة كلية الطب في جامعة بنسلفانيا نشرت عام ١٩٨٣ حيث تمت مراجعة أضابير المرضى الذين شخصت لهم قرحة مثقوبة ولكن بعد فتح الجثة أي لم يكن التشخيص معروفاً قبل الوفاة . عدد المرضى كان ٣١ مريضاً خمسة منهم فقط كان له سوابق قرحية مثبتة تنظيراً

الأمراض المرافقة كانت موجودة لدى ٢٨ مريضاً (١٣ منهم بمرض عصبي نفسي و ٥ بأمراض قلبية رئوية) متوسط أعمار المرضى كان ٦٥ سنة

الصدمة كانت هي العرض المسيطر لدى ٢٠ مريضاً منهم (أي ٦٤،٤٥ %) وبدء الصدمة كان مفاجئاً لدى ١١ مريضاً منهم

متوسط الإقامة بالمتشفى كانت ٩ أيام قبل الوفاة وهناك مريضين تجاوزت إقامتهم الشهر

<u>التدبير الجراحي المجرى للاختلاط القرحي</u>

<u>مرضى الانسداد القرحي</u> :

أربعة مرضى انسداد مخرج معدة بسبب قرحي سليم مثبت تنظيراً و بالخزعات

تم إجراء استئصال معدة تحت التام لدى مريضين(٥٠%) مع مفاغرات معدية صائمية و إجراء مفاغرة صائمية صائمية (براون)

كانت المعدة متوسعة بحسب ما ورد في تقرير الجراحة ولكن كان استقصاء باقي البطن ضمن الطبيعي وبالحالتين تم وضع مفجرات عدد /٢/

وفي حالتين(٥٠%) استئصال معدة بعيد مع قطع مبهم جذعي و مفاغرة معدية صائمية B 2 في واحدة و Roux en y في واحدة أخرى كما تم وضع مفجرات عدد /٢/

<u>مرضى النزف القرحي</u> :

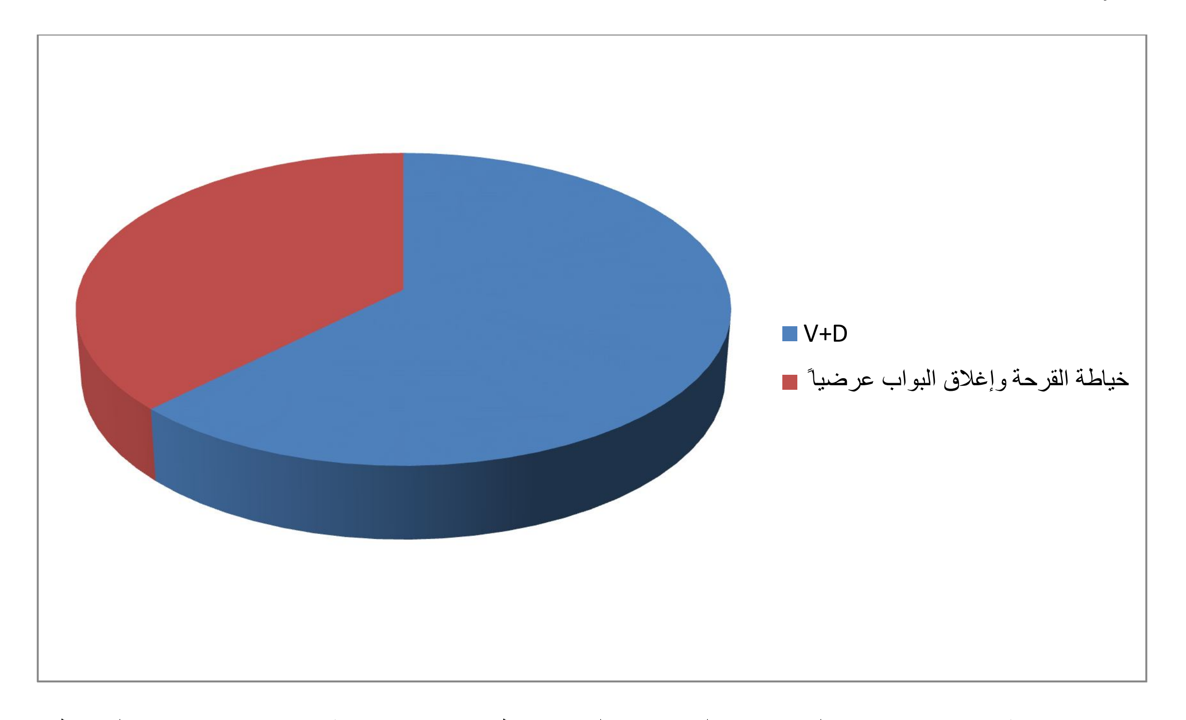
كان عدد المرضى ٨ أجريت لجميع المرضى عملية فتح المعدة و العفج قبل و بعد البواب (طولياً) و خياطة النزف (الوعاء النازف) في قعر القرحة ثم الإغلاق بشكل عرضي (تصنيع البواب حسب ميكوليكز)لكن قطع المبهم لم يجر إلا لخمس مرضى من ثمانية مرضى وكان قطع المبهم جذعي

لم تجر H.S.V لأي مريض في دراستنا

كما لم تجر العمليات الاستئصالية للقرحة النازفة كونها كانت عفجية أو مترافقة مع قرحة عفجية و إضافة لذلك كون حالة المريض لم تسمح بتداخل جراحي طويل المدة

نود أن نذكر هنا أنه نشرت في عام ٢٠٠٧ دراسة في مجلة Rozl Chir قامت هذه الدراسة بتحليل معطيات ٤٥ مريضاً لديهم قرحة عفجية نازفة تعرضوا لتداخل جراحي بين ٢٠٠١ – ٢٠٠٥

الجراحة المستخدمة كانت عبارة عن ارقاء موضعي (قطب) للقرحة العفجية النازفة دون إجراء محدد للقرحة أي تم إغلاق الشق طولياً عبر جدار المعدة و العفج (دون تصنيع بواب و دون قطع مبهم) و قد حدث بمتابعة المرضى تكرر النزف لدى ٨ مرضى احتاجوا إعادة الجراحة فيما بعد أي بنسبة (١٧،٨ %)

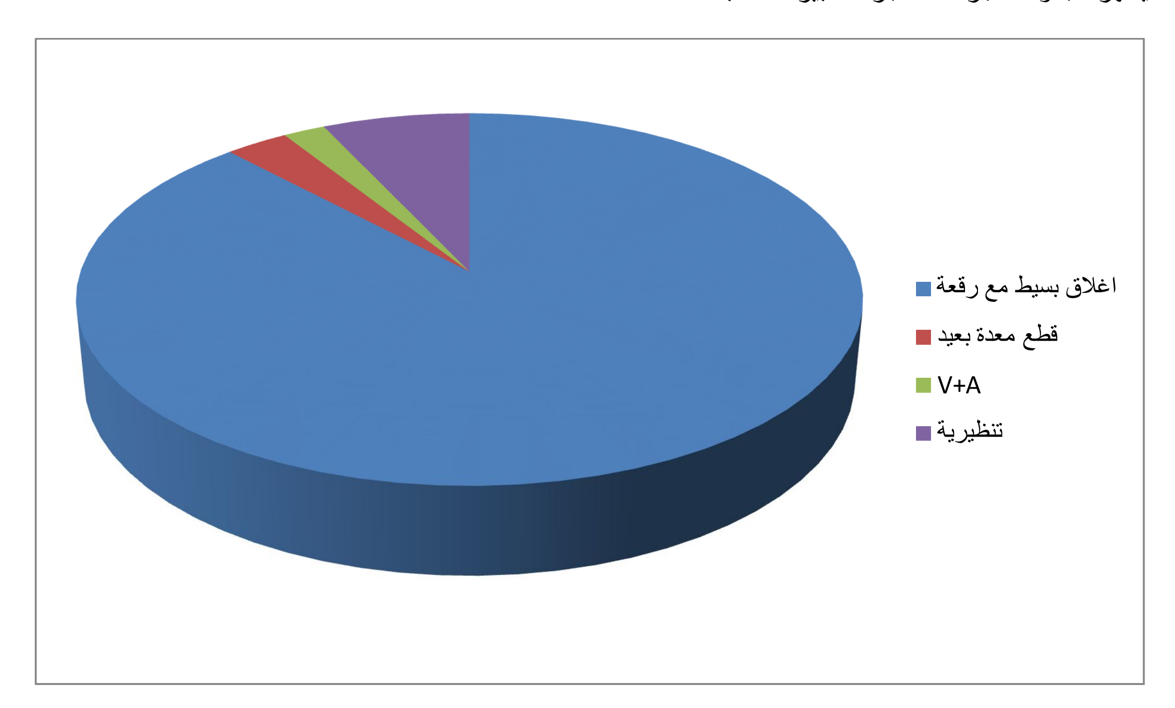


مرضى الإنثقاب : الإجراء الجراحي المستخدم لدى معظم مرضى الإنثقاب هو الإغلاق البسيط بواسطة الرقعة الثربية المدخل كان بمعظم العمليات مدخل مفتوح عبر الجراحة التقليدية ولكن هناك ستة مرضى

تم الدخول عليهم و علاجهم تنظيرياً وبنجاح عبر تنظير البطن وهذا يشكل إجراء جديد لم يكن يجر سابقاً قبل إدخال جهاز تنظير البطن إلى الإسعاف

	عدد المرضى	النسبة	متوسط مدة العمل الجراحي	استخدام المفجرات	متوسط بدء الحمية
جراحة مفتوحة إغلاق بسيط مع رقعة	٧٥	% ٨٨	٧٠ دقيقة	٢	٥±١
جراحة تنظيرية إغلاق بسيط مع رقعة	٦	%٧	١٠٠دقيقة	١	٤±١
قطع معدة بعيد	٣	%٣	١٥٠ دقيقة	٢	٥±١
قطع غار + قطع مبهمين	٢	%٢	١٨٠ دقيقة	٢	٥±١
قطع مبهم فائق الإنتقاء	٠	%٠	٠		
الإجمالي	٨٦ مريض				

يظهر الجدول الجراحة المجراة لتدبير الانثقاب



ملاحظات : جميع مرضى المداخلة عبر تنظير البطن كانت مدة الإنثقاب لديهم أقل من ١٤ ساعة

لم يعتمد سلم معين لقياس شدة الألم ما بعد العمل الجراحي ولكن الحاجة للمسكنات كانت أقل بشكل واضح ما بعد العمل الجراحي للمرضى المعالجين عبر تنظير البطن

لم تجر الإجراءات النوعية للقرحة في معظم حالات الجراحة المفتوحة و إنما اقتصرت الجراحة على إغلاق الثقب بشكل بسيط في معظم الأحيان

قد يكون لتطور المعالجة الدوائية (خاصة فيما يتعلق باستئصال الخمج بالملوية البوابية) لعلاج القرحة دور في التحول عن الإجراءات الموجهة لعلاج القرحة . حيث قلت نسب النكس عالميا بعد تطور علاج الملوية البوابية بالصادات.

_لم نستطع معرفة فيما إذا أخذت خزعات من جميع القرحات المعدية المثقوبة لأنه لم يكن يدون ذلك بشكل روتيني في تقارير الجراحة لكن إجمالا كانت تؤخذ الخزعات لدى مصادفة أية قرحة مشبوهة (من حيث الحجم و الشكل و الموقع) و من بين المرضى المجرى لهم تنظير لاحق للمتابعة تبين وجود قرحة خبيثة عند مريضين تم استثناؤهم من الدراسة.

بالمقارنة مع الدراسات الاخرى نجد:
بالمقارنة مع الدراسة الهولندية (التي تضمنت ١٠١مريضا ٤٩ منهم عولج بالتنظير و ٥٢ بالفتح) وقد انتهت الدراسة في ال٢٠٠٥ وتضمنت نتائج ٩ مراكز في هولندا.

مدة العمل الجراحي

الجراحة	دراستنا	الهولندية
مفتوحة	٧٠	٥٠
تنظيرية	١٠٠	٧٥

كانت المدة الوسطية للانثقاب في الدراسة الهولندية ١١ ساعة(لدى مرضى التنظير)
بينما كانت عندنا أقل من ١٤ ساعة قبل الجراحة التنظيرية

تم التحول في الدراسة الهولندية عند مريضين من مرضى التنظير ال ٥٢ إلى الجراحة المفتوحة

أي تقريبا في ٤%من الحالات و السبب كان الصعوبة في إيجاد الثقب وفي حالة منهما بسبب وجوده على الوجه الخلفي . الحالات التي أجريت بالتنظير لدينا هي ٦ حالات فقط لذلك لا يمكن تقييم التحول إلى المفتوحة بسبب قلة الحالات التي أجريت بالتنظير

قد يكون الزمن الاطول المطلوب للتنظير بسبب صعوبة أخذ القطب المغلقة تنظيريا أو الزمن اللازم لغسيل جوف البطن عبر جهاز غسيل وسحب المفرزات تنظيري صغير القطر ٥مم فقط.

٧- المتابعة مابعد العمل الجراحي الإختلاطات و الوفيات :

بالنسبة لمرضى الانسداد (٤ مرضى) فقد تم تخريجهم إلى البيت بعد أسبوع وسطيا. دون مشاكل تذكر عدا حدوث انتان جرح سطحي عند اثنين منهم عولج بالضمادات المتكررة و فتح الجرح تم ادخال الحمية باليوم الخامس و سحب المفجرات باليوم السادس أو السابع قبل التخرج

مريضة واحدة فقط احتاجت عناية بعد العمل الجراحي لأسباب قلبية لكن ليوم واحد ثم حولت بعدها للشعبة.

بالنسبة لمرضى النزف (عددهم ٨) فقد قبل ٤ منهم بعد العمل الجراحي في العناية المشددة بسبب الحاجة لمراقبة الحالة الهيموديناميكية أو بسبب الأمراض المرافقة (قلبية أوصدرية أو كلوية)

و قد توفي اثنان منهم بسبب قصور كلوي و إنتان معمم تطور لقصور أعضاء متعدد أعمارهم كانت فوق ٥٠ سنة

باقي المرضى و عددهم اثنان تحسنا تدريجيا لكن كان متوسط إقامتهم بالعناية ١٢ يوم ، حدث خلالها إنتان جرح عولج بالضمادات كما حدثت ريح صدرية لأحدهما بعد فتح الوريد المركزي تطلبت تفجير صدر

باقي مرضى النزف فقد انتقلوا مباشرة للشعبة للمراقبة والمتابعة بعد الجراحة حيث تحسنوا تدريجيا ثم تخرجوا وسطيا باليوالسابع بعد سحب مفجراتهم

مقارنة وفيات مرضى النزف مع دراسة ا الأمريكية ASGE

	دراستنا	ASGE
الوفيات أقل من ٥٠ سنة	----	٩%
الوفيات أكثر من ٥٠ سنة	٢٥%	١٤%

بالنسبة لمرضى الإنثقاب و عددهم ٨٦ مريضا.

فقد كانت نسبة الإختلاطات و الوفيات كالتالي:

ذات رئة	٤	٦,٩%
قصور تنفسي	٢	٢,٣%
مشاكل قلبية	٨	٩,٣%
حادث وعائي دماغي	٢	٢,٣%
إنتان بولي	١	١,١٦%
تسريب الثقب	٥	٦%
انتان الجرح	١٦	١٨,٦%

خراجات بطنية (تحت الحجاب)	٧	%٨,١%
قبول عناية	٩	%١٠,٤%
وفاة	٦	%٧

حدثت الوفيات بين مرضى العناية المشددة (حيث تطورت لديهم ذات الرئة) ٢ منهم حدث لديهم تسريب من الثقب وخراجات تحت الحجاب)

ملاحظة: هناك مريض انثقاب لديه أساسا حصار قلبي حدث لديه توقف قلب في العناية بعد نصف ساعة من العمل الجراحي و استجاب للإنعاش القلبي و الرئوي و تخرج بعد ١١ يوم من العناية الى المنزل مباشرة.

مقارنة اختلاطات مرضى الانثقاب في دراستنا مع مرضى LAMA

الاختلاط	دراستنا	الدراسة الهولندية
ذات الرئة	%٦,٩	%٢
قصور تنفسي	%٢,٣	%٦,١
مشاكل قلبية	%٩,٣	%٤
انتان بولي	%١,١٦	%٤
انتان جرح	%١٨,٢	%٦,١
حادث وعائي دماغي	%٢,٣	%٢
خراجات بطنية	%٨,١	% ٦

تسريب من الثقب	٦%	٠%
وفيات	٧%	٨,١%

تخرج المرضى على توصيات وصفة معالجة قرحية ثلاثية إضافة لتنظير هضمي علوي بعد شهر

فقط حوالي ٢٠% من مرضى الانثقاب أعادوا التنظير كان تنظيرهم ضمن الطبيعي دون ما يشير إلى نكس القرحة لديهم.

أغلب المرضى لم يراجعوا أساسا ولم يردوا على الاتصالات الهاتفية.

النتائج و المناقشة

١_ نلاحظ التقارب بين دراستنا و الدراسات العالمية فيما يتعلق بتوزع مرضى الانثقاب حسب الجنس إذ يشكل الذكور ٥٨% من المرضى بينما يشكل الاناث ٤٢% وهذه النسب تقارب نسب الدراسة الهولندية و هي ٦٠% للذكور و ٤٠% للاناث.

بالنسبة للتوزع العمري نلاحظ وجود ذروة للاصابة لدينا عند الفئة العمرية ٢٠-٤٠ سنة أي الشباب و هذا مخالف للدراسات الغربية إذ يشكل المسنون فوق ٦٠ سنة حوالي ٨ أضعاف المرضى دون ٤٠ سنة قد يعزى هذا التباين لتزايد تناول المسنين في الغرب ل مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية بينما تكثر إصابة الشباب لدينا ربما بسبب طبيعة العمل و الشدة و تناول الادوية مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية بشكل متزايد لدى الشباب

٢_نلاحظ تقارب واضح بين دراستنا و الدراسة الهولندية فيما يتعلق بموقع الانثقاب القرحي و الذي يمثل موقع القرحة المختلطة (قبل البواب/ البواب/ بعد البواب/وجه خلفي للغار)

٣_بالنسبة للسوابق القرحية نلاحظ أن مرضى الانسداد و النزف لديهم سوابق قرحية مثبتة بالتنظير أو لديهم ألام شرسوفية عدا مريض واحد فقط تظاهر لأول مرة بنزف قرحي جراحي دون سوابق دالة

اما مرضى الانثقاب فالأمر الملفت للنظر أن ٥٣% منهم لم يكن لديهم أية سوابق قرحية وقد كانت هذه النسبة في دراسة المواساة ٢٠٠٢ حوالي ٣٥% في الدراسات العالمية النسبة هي ١٠_٣٠% .قد يعكس هذا أيضا دور الشدة و العوامل المقرحة لدى شبابنا.

٤_لدى دراسة العوامل المؤهبة نجد أن المدخنين الذكور والاناث المستخدمات لمضادات الالتهاب اللاستيروئيدية لهم فرصة أعلى باختلاطات الداء القرحي.

حتى أن دور التدخين عندنا يفوق دوره في الدراسات العالمية التي ترجح دور مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية كعامل ذو دور مثبت أكثر من التدخين

٥_استخدمت صورة الصدر مع إظهار الحجابين والقصة السريرية لتشخيص الانثقاب عند ٨٢ من٨٦ مريض أي تقريبا لدى ٩٥% من المرضى حيث ظهر الهلال الغازي تحت الحجاب ،علما انه بالحالات المشبوهة تم تركيب أنبوب أنفي معدي و حقن ٣٠٠ مل هواء ثم إعادة الصورة للتأكد من ظهور الهلال الغازي المشخص .

ولدينا ٤ مرضى لم يشخصوا إلا على طاولة العمليات حيث تم إجراء فتح بطن عبر شق ماك برني تبين بعده أن الزائدة الدودية طبيعية مع وجود مفرزات معدية و عفجية بجوف البريتوان مما تطلب استقصاء أوسع أظهر وجود قرحة منثقبة علما أن صورة الصدر كانت طبيعية لديهم و لم تبد الهواء تحت الحجاب وهم يشكلون ٥% من المرضى (٨٦/٤) لكن بحسب المراجع فقد لا يظهر الهلال الوصفي للانثقاب في ٢٠%من مرضى الانثقاب

نلاحظ ايضا أن مرضى الانسداد القرحي شخصوا عبر التنظير الهضمي العلوي

٦_بالنسبة للعمل الجراحي المجرى لتدبير الاختلاط الساد للقرحة ففي جميع الحالات أجريت جراحة استئصالية و هذا مفضل طالما أمكن كون العمليات الاستئصالية تمتاز بأقل نسبة نكس لا سيما وأن القرحة السادة لها سير مديد و معند على العلاج الدوائي .

إضافة لذلك بما أن الانسداد تدريجي فقد أمكن تحضير المرضى جيدا قبل الجراحة بحيث يمكن إجراء الاستئصال عند مريض محضر جيدا (مدروس قلبيا مع تأمين مكان في العناية المركزة إن تطلب الامر)

بالنسبة لمرضى النزف فقد أجريت الجراحة لهم جميعا بظروف اسعافية خاصة خارج أوقات الدوام الصباحي حيث كانت إمكانية التداخل عبر التنظير الهضمي غير متاحة.

علما أن ٨٠% من حالات النزف الهضمي العلوي تتوقف عفويا و أن المعالجة عبر التنظير الهضمي العلوي ناجحة بأكثر من ٩٠% من الحالات(بحسب المرجع)

أما مرضى الانثقاب فقد عولجوا جميعا جراحيا . و الاقتراحات الحالية تشجع إجراء العلاج المحافظ عند مرضى منتقين (توقف التسريب مثبت بالصورة الظليلة ’إضافة لغياب الاعراض وغياب أي موجودات تقترح التهاب بريتوان عند مريض مستقر و انثقابه حديث العهد أقل من ١٢ ساعة)

كذلك الأمر نلفت النظر إلى أهمية و دور الجراحة التنظيرية بإغلاق الثقب الناجم عن القرحة السليمة و هذا التداخل لا يزال حديث لدينا و لكن قد يكون من المفيد إتاحة استخدامه بشكل أوسع.

نلاحظ أن قطع المبهم فائق الانتقاء لم يجر لدينا علما بأنها عملية ناجحة كعلاج للداء القرحي و حتى المختلط وهي إجراء قليل المراضة و ممكن إجراؤه عبر تنظير البطن.

٧_بالنسبة لاختلاطات ما بعد العمل الجراحي فقد تبين وجود تقارب بين دراستنا مع الدراسة الهولندية عند مرضى الانثقاب ولكننا بحاجة إلى متابعة أطول خاصة فيما يتعلق بالتنظير الهضمي العلوي اللاحق لكشف النكس حتى بعد سنوات عديدة و ليس بعد شهر فقط من الجراحة.

التوصيات

١-تشجيع المرضى على الابتعاد عن مؤهبات القرحة خاصة التدخين و إضافة دواء لحماية المعدة من التقرح المرافق لاستخدام مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية والتي هي شائعة الاستخدام.

٢_ إجراء دراسة أوسع للشباب خاصة بالفئة العمرية ٢٠___٤٠ سنة التي مثلت ذروة الإصابة بانثقاب القرحة في دراستنا لمعرفة السبب الكامن وراء ازدياد حدوث الاختلاطات القرحية لديهم.

٣_تشجيع مرضانا على الالتزام بالتوصيات و تأمين إمكانية تنظير مجاني لهم للمتابعة بقصد الدراسة كمرضى خارجيين دون الحاجة لقبولهم فقط لأجل التنظير..

٤_إتاحة استخدام جهاز الجراحة التنظيرية بشكل أوسع لعلاج انثقاب القرحة إضافة لتشجيع استخدام هذا المدخل لإصلاح اختلاطات القرحة الأخرى (الانسداد و التعنيد) والقرحة الناكسة كإجراء قطع فائق الانتقاء للمبهم(قطع تعصيب الخلايا الجدارية).

كما نتمنى إتاحة استخدام التنظير الهضمي العلوي من قبل أطباء الاسعاف خارج أوقات الدوام الصباحي لعلاج حالات القرحة النازفة .و إعادة صورة الصدر تكرارا لكشف باقي حالات الانثقاب المشتبهة سريريا .

٥_اجراء الجراحة المحددة للقرحة في وقت إصلاح الاختلاط عند المرضى الذين يلاقون معايير التداخل النوعي للقرحة (كمرضى الانثقاب حديث العهد مع تلوث أصغري ضمن جوف البريتوان)

كما نتمنى محاولة البدء بتجربة تطبيق العلاج المحافظ لمرضى منتقين بين حالات الانثقاب القرحي

٦- توفير إمكانية التحري المباشر لجرثومة الملوية البوابية لعينات مأخوذة مباشرة أثناء الجراحة المجراة لإصلاح الاختلاط القرحي خاصة عند المرضى المراجعين باختلاط قرحي كتظاهرة بدئية للداء القرحي .

٧_ الاهتمام بموضوع الاستمارات الطبية والتشجيع على استخدامها و إملائها روتينيا كونه يسهل ويزيد موثوقية دراساتنا و التركيز على التوصيف الكامل لموجودات فتح البطن بتقارير الجراحة (خاصة فيما يتعلق بدلائل إزمان القرحة و حجم الانثقاب و أخذ الخزعات).

٨_ تسهيلات الدخول بشكل أوسع إلى شبكة الانترنت عبر مشافينا التعليمية كما نتمنى على المشفى الاشتراك بالمجلات العلمية التخصصية الدورية و تخصيص جلسات لمناقشة الدراسات المنشورة من المراكز المتخصصة.

المصادر:

-مواقع على الشبكة:

a. www.pubmed.com
b) www.e medicine.com
c) www.jama-assn.org
d) www.ncbi.nlm.gov
e) **text Books**:
f) Maingot's Abdominal operations 11 edition
g) Mastery of Surgery 2007
h) Surgical anatomy 6edition 2005
i) Schwartz Principles of Surgery 8 edition
j) Sabiston Principles of Surgery 2008
k) Current medical therapy 2008

إضافة للمراجع التالية:

1 *A . F. SchernaousefP. M Pocabolsky;F. S. CorbanofPcPtiC Jiç Surgery, Medicina, Moscow, 1 996, Pages: 5- 1 1 .*
2- Garnett WR, Garabedian-RzfffaIO SM Identification, diagnosis, and treatment ofacid—related diseases in the elderly: implications for long-term care. Pharmacother 1997;1 7:938-54.
3- Damianos AL McGarrity Ti Treatment strategies for Helicobacter pylon infection. Am Fam Phys 1997;55:2765-74.
4- Soil AR Medical treatment ofpeptic ulcer disease. JAMA 1996;275: 622-9.

5- Lame L, Bloom B. Helicobacter pylon and peptic ulcer disease: selection of an timicrobial t,'z erapy. Pharm Ther I 99 7(April) :175-80.
6- Taylor DPI, Blaser Mi The epidemioloZV ofHe!icobaCterPVJ0ni infection. Epidemiol Rev ;1991;13: 42-59.
7.- NIH consensus development panel on Helicobacter pylon in peptic ulcer disease. JAMA 1994; 272:65-9.
8- Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC: Principles ofSurgerE 7th ed. McGraw-Hill, New Yorlç 1999, (1192-1198) .
9- GreenfieldL-J, MulhollandM Oldham KT, et al, Surgery : Scientific Principles an d PractiCe. 3rd ed. L ipp inco #-Raven, Ph ilade iph ia, 2 0 0 1 , (75 0- 766).
1 Logan RPH, Hirschl A1vI,pidemiolo$!Y ofHelicopacter Pylon infectio Gastroenterol 1 996; 1 2 : I-S.
1 1- Pounder RE, Ng D. The prevalence ofHelicobater pylon infection in different countries. Aliment pharmacol Ther 1995,9 (suppL2):33.
12- Cuschieri SA, Steele RJC, Moossa AR: Essential Surgical Practice. 4th ed. Arnold, London, 2002, (2 71-279).
1 3-Ro bert I Baker, JosefE. Fischer: Mastery of Surgery, 4th ed , Lippincott Williams & Wilkins,
14- Gutthann SP, Garcia Rodriguez LA, antiintlammatO?'V driq's and other risk .

b1eedii and perforation. , Epide m iology. 1 99 7 Jan; 8 ft) : I 8-24.

http :113 vi vi v. ncb Lninz. ii iii. go v.
15-. Jungnickel PW Mantement ofupper gastrointestinal ulcerative disease. Pharm PractNews 1996:53-6.
I 6- Harris A W, Mis jew icz JJ, Bardhan AD, e t al. In ciden ce of duo den at ulcer healing after I week ofyroton pump inhibitor triple theriiy for eradication of

Helicobacter pylon. The Lansoprazole Helicobacter Study Group. Aliment Pharmacol flier I 998; 1 2(8) : 741-S
I 7- Taylor JL,Zagari M,Murphy K,Freston JW Pharmacoeconomic comparison oftreatinents for the eradication ofHelicobacter pylon . Arch Intern Med 1 997; 15 7:8 7-9 7
I 8- Peura DA, Graham DY. Helicobacter pylon : consensus reached: peptic ulcer is on the way to becoming an historic disease. Am J Gastroenterol 1994;89(8):1 13 7-9
Rejeren ces

Curr

Philadelphia, 2001, (966-973). RafordDS. Individiwi nonsteroidal factors for upper i,astrointestinal

19-Leo D. Nannini, MD An Analysis ofAcute PerforatedPeptic Ulcers , Th e Permanente Jo urnal I 999, http://xne t. kp. org
20- MetzgEr J, Styger S. Sieber C, von Flue M, Vogelbach P, Harder F. Prevalence ofHelicobacter pylon infection in peptic ulcer IJ erforations. Swiss Med Wkly 2 00 1 ;I 3 1 : 99-1 03.
21- Brian W. Ellis, Simon Paterson-Brown: Hamilton Bailey's EmeiencV ygj.13th ed. Arnold, London,

2000. (349-355).
22- Jameson L. Chassin; Operrtive Surjery ,- 2nd ed;SpringerV erlag,NewYork2002:l 75-213.
23- AR THUR K C. LI AND S. C. SYDNEY CHUNG , Non-oyerative manaszement ofperforatedpeptiC ulcer ,club—03 , http:llwww.clzib0 3. narod. ruuindex hrm.
24- Crofis TJ, Park KG, Steele RJ Chung SS, Li AK , A randomized trial of nonoperative treatment for perforated peptic ulcer , N Engi JMed. 1989 Apr 13; 32 0(1 5) : 9 70-3. http ./Y vi n v. ncbi. nim. nih.gov
25- Schumpelick V. Massarwa 0, Schreiber HW, Prognostic criteria for ulcer closurj , Langenbecks Arch Chir. 1982; 357(2): 93-1 03. hrtp:i/w'n V. *ncbi. n/in. nih.gov.*
26- Schein M, Saadia R, Decker GA , Perforatedpeptic ulcer at the I G. Strj/dom Hosp ital. A retrosp ective study of 99 patients. , S Afr Med I 1 986 Jul 5; 70).• 21 —3 Iitrp://wwv. ncbi. nim. nih.gov.
27- McAlidon ME, Taylor JSW, Ryder SD. The long-term management of patien Is with ble edimi duodenal ulcers. A liment Pharmaco 1 Ther, I 99 7; J J 5 Q5 10.
28- Charles V Mann, RC.G. Russell, Norman S. Williams, Bailey & Love's Short Practice ofSurgeiy , 22nd ed , Chapman & Hall , London , 2000 ; 669-692. . ..
29- Cuschieri SA, Steele RJC, Moossa AR: Essential Surgical Practice(Voll) , 4th ed,Reed, London ,2000 ;177-182.
30- Ellison RT, et a!, Is Helicobacter pylon a Risk Factor for UGI B1eedin° in Critically IilPatients?, Crit Care Med. 1996;24:1974-1981.
31- Cushieri A, Fayers F, Fielding J, et a!, Postopertative morbidity and mortalitw after Dl and D2 resections for gastric cancer.Lancet 1996;347:995999: .• . :; 32-Jensen RT, Gardner JD Gastrinoma. In: Go VLW, DiMagno E1jcJ.er ID, Lebenthal E, Reber HA, Scheele GA, eds. The pancreas: biology paIii,1öky,. and disease 2nd ed New York: Raven Press, 1993:931-78.
33- Weber HC, Venzon DJ, Liii J7 et al. Determinants ofmetastatic rate and survival in patients with Zoiinger-Ellison syndrome: a prospective 1o,,$jirm !tiL4!. Gas troentero logy 1 995; 1 08: 1 63 7- 1 649. [Medline]
34-Mignon M Jai P. Cadiot G, Ben Yedder D, Vatier I Endocrine tumors of the pancreas: recent advances in research and management Vol. 23 of Frontiers ofgastro intestinal resecrrck Basel, Switzerland: Karger, I 995:223-39,360.- 71,282-97.
35- Howard TJ, Passaro E Jr. The current status ofthe surgicd and medical treatment ofthe Zoiimer-Ellison syndrome. Surg Annu. I 99022:93-106.